

أساليب

تخفيف الضغوط النفسية

الناتجة عن الأورام السرطانية

مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية



تأليف
د. هناء أحمد شويخ

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع


منتدى إقراء الثقافي

أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية

(مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية)

تأليف

دكتورة/ هناء أحمد شويخ

٢٠٠٧

حقوق النشر

الطبعة الأولى ٢٠٠٧

رقم الإيداع

٢٤٧٦

الترقيم الدولى I.S.B.N.

977-383-074-8

ايتـــراك للنشـــر والتـــوزيع

طريق غرب مطار ألماظة عمارة (١٢) شقة (٢) ص.ب : ٥٦٦٢

هليوبوليس غرب – مصر الجديدة

القاهرة ت : ٤١٧٢٧٤٩ فاكس : ٤١٧٢٧٤٩

تقديـــــم

بقــلم: رئيــــــــــس التحريـــــــــر

إن علم نفس الصحة الإكلينيكي، يشير ضمن ما يشير إلى الدراسة العلمية التي تهتم بالكشف منهجياً عن منظومات العلاقات بين العمليات النفسية والصحة العامة والصحة البدنية والنفسية للفرد من ناحية، وبينها وبين آلامه واضطراباته من ناحية أخرى. وهو يعد واحداً من فروع علم النفس التطبيقية المعاصرة الذي نشأ ونما وتطور بحيث أصبح علماً له موضوع محدد، ومناهج بحث متطورة، وأهدافاً نظرية وتطبيقية يمكن تحقيقها. حدث كل ذلك بسرعة مذهلة، حيث نرى أنه كان أسرع فروع علم النفس نشأة وتطوراً على الإطلاق، على الرغم من أن الصحة والمرض لهما تاريخ طويل نسبيا كموضوع اهتم به النفسانيون الذين تخصصوا في العمل العيادي بشكل عام، سواء فيما يختص بأمور التشخيص وقضاياه، أم بقضايا التدخل لأهداف التمية والتطوير، أم لأهداف تعديل العادات والمعتقدات والأفكار والسلوك الصحي السلبي، أم لأهداف تخفيف المعاناة والآلام من الأمراض والاضطرابات النفسي.

ومن ثم فإن كاتب هذه السطور يرى أن الكتاب الذي بين أيدينا، والذي قدمته للمكتبة العربية الدكتورة / **هناء أحمد شويخ**، يعالج قضايا تخفيف المشقة النفسية والآلام والمعاناة الناتجة من أورام المثانة السرطانية لدى بعض المرضى المصريين الذين يعانون من أحد الأمراض البدنية المزمنة، كما يرى كذلك أن عزل آثار العوامل النفسية عن آثار العوامل البدنية (الجسمية Physical)، عبر تاريخ كل النظم العلمية التي تقدم خدمات صحية ونفسية متخصصة للمرضى، كالطب وعلم النفس والخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع الطبي والانثربولوجيا الطبية، يعد عزلاً تعسفياً وقسرياً لا يساعد على الاستفادة من التطورات والتقدم العلمي المذهل الذي يحدث – مثلا – في علم المناعة النفسي العصبي Psychoneuroimmunology، أو في مجال تشخيص الأمراض الجسمية، أو مجال العلاقات المتبادلة بين العوامل النشوئية genetic الوراثية والسلوكية في الاستقرار الصحي أو الإصابة بالمرض هذا على سبيل المثال وليس الحصر، ولذلك يرى "سونتاج Sontag" أن كل من يولد تكون له هويتان، هوية يستمتع بها في مملكة الصحة والمعافاة وراحة البال والأمن

والسكينة، وهوية يقاس منها الأمرين في مملكة المرض والشؤم والانحراف اللاأخلاقي.

ويعرف كاتب هذه السطور علم النفس الصحة بصفة عامة، وعلم نفس الصحة العيادي بصفة خاصة الذي يعالج هذا الكتاب الذي نقدم له أحد موضوعاته، "بأنه الدراسة العلميه التي تتصدى لمجموعة الجهود ذات الطبيعة التطبيقية والمهنية التي تنتجها الإسهامات النظرية والتربوية والمهنية لعلم النفس، بهدف تفعيل ورفع كفاءة تقديم الخدمة النفسية المتخصصة، في مجالات تحسين الصحة العامة (نفسياً وبدنياً ومعرفياً وأخلاقياً) ودعمها health promotion، والحفاظ عليها، والوقاية prevention من المرض illness، والتدخل intervention إما بهدف تنمية أنماط العادات والسلوك الصحي الإيجابي وتطويره، أو بهدف تعديل كثير من الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول الصحة والسلوك الصحي، أو بهدف علاج بعض الاضطرابات النفسية والنفسية الجسمية والنفسية الاجتماعية الناجمة عن السلوك الصحي السلبي، وتحديد المتعلقات السلبية والتشخيصية الفارقة للصحة والاختلالات الوظيفية المرتبطة بها، عبر حياة الفرد كاملة، بهدف تحسين نوعية حياته وكيفها.

وفقا لهذا المنظور العلمي الجديد، في علم النفس الصحة العيادي، كأحد فروع علم النفس العيادي المعاصر، قدمت الدكتورة الواعدة هناء شويخ، بحثا بعنوان " أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن أورام المثانة السرطانية " يتكون مما يربو على ثلاثمائة صفحة من القطع الكبير، توزعت فيما بينها على سبعة فصول، يضع كل فصل منها لبنة في صرح هذا المؤلف الرائد. عرضت في الفصل الأول للاهتمامات العلمية والصحية النفسية بمرضى أورام المثانة البولية السرطانية. وفي هذا الصدد تقول المؤلفة " لقد أصبحت الأورام السرطانية اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، حيث أنها تصدرت اهتمامات كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، الأكاديمية والتطبيقية".

" ومن معالم تلك الأهمية أن أصبحت موضوعاً بارزاً للدراسة داخل فرع علم النفس الصحة العيادي الذي يستهدف دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض البدنية. ويتضح كذلك هذا الاهتمام عبر تشجيع الجمعيات العلمية الطبية لأمراض الأورام السرطانية لباحثين النفسانيين على القيام بالأبحاث وتطبيقاتها في مجال

الأورام السرطانية، لتحقيق هدفين: أولاً، لاكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم في الوقاية من المرض وللتحكم فيه والسيطرة عليه، أو للتوافق معه، وثانياً: لتدريب الأطباء الاختصاصين النفسيين الصحيين العياديين clinical health psychologists الذين يقدمون خدمات علاجية للمرضى على التعامل الأفضل مع هذه المتغيرات النفسية، على نحو يساعدهم على الخدمة الصحية بشكل أكفأ، مما ينعكس على تحسين الصحة الجسمية والنفسية للمرضى".

وتقول المؤلفة كذلك " أن كتابها الراهن يأتي كدراسة من الدراسات التي تدعم الاهتمام العلمي لمرضى أورام المثانة البولية السرطانية، ومن ثم فإن هذا الكتاب يتبنى مجموعة من الأهداف تدخل جميعها في إطار واحد هو خفض المعاناة من المشقة النفسية والضغوط المرضية الناجمة عن معاناتهم من هذا المرض".

أما الفصل الثاني، فقد عرض للأطر النظرية والنماذج والنظريات النفسية والنفسية الاجتماعية التي حاولت تعريف مفاهيم المواجهة والتصدي coping concept والمساندة الاجتماعية، والنظريات التي دأبت على الجمع بينهما. ومن ثم فإن المؤلفة قد استطاعت تخليصه من كثير من الخلط والغموض. وقدمت في الفصل الثالث عرضاً علمياً مفصلاً لمفاهيم العجز المكتسب، وقلق الموت، والتشاؤم، والمشقة النفسية (الضغوط) مشفوعاً بالأطر النظرية المفسرة لكل مفهوم، ودور كل مفهوم في الوقاية من الإصابة بمرض أورام المثانة السرطانية أو الإصابة به، لبيان ما يترتب على الإصابة به من آثار نفسية تفوق حدة المعاناة من المرض ذاته، وأنهت الفصل بوضع تخطيط يعرض لتصورها للعلاقة بين هذه المتغيرات وبعضها بعضاً، وتناول الفصل الرابع بالنقد والتحليل جهود الباحثين السابقين عليها في دراسة هذا الموضوع، بحيث أنارت لنفسها ولنا طريق البحث العلمي في هذا الموضوع الوعر، وأتاحت الفرصة للباحثين المحدثين والمبتدئين للتتلمذ على هذه الجهود الرائدة، ومعرفة مختلف الأساليب الإرشادية والعلاجية التي تستهدف تخفيف الضغوط النفسية الناجمة عن معاناة مرضى أورام المثانة السرطانية من هذا المرض المزمن، ومن أهما أساليب المواجهة والتصدي وجميع أنواع المساندة النفسية والاجتماعية.

أما الفصول الخامس والسادس والسابع، فقد قدمت فيها المؤلفة نموذجاً علمياً رصيناً ومثلاً لا يحتذي لتجربة ميدانية أجرتها على هؤلاء المرضى، حيث اتبعت منهجاً علمياً دقيقاً، وإجراءات غاية في الدقة والصرامة، انعكست في طرق

اختيارها للعينات وإنشائها مجموعة من الاختبارات الكلينيكية التشخيصية المقننة في البيئة المصرية، وإتباعها الطرق العلمية في جلسات تطبيق الاختبارات، وفي أساليب التحليل الإحصائي، وخرجت بمجموعة من النتائج غير المسبوقة، أهمها – على سبيل المثال لا الحصر – أن مرضى أورام المثانة السرطانية تقل معاناتهم من هذا المرض، إذا تمتعوا بالمساندة الاجتماعية والطبية من قبل ذويهم وأقاربهم والأطباء وهيئة التمريض، والعكس صحيح. أن هؤلاء المرضى بحاجة لتدريبهم على استخدام أساليب المواجهة والتصدي للآلام الناتجة عن مرضهم حتى لا يشعرون بها، ويتماثلون للشفاء بسرعة. كما تبين أن كلما كانت الحالة الصحية لديهم أفضل كانوا أكثر قدرة على مواجهة المعاناة من الأورام وأكثر استفادة من جميع أنواع المساندة إدراكها على نحو إيجابي، وكانوا أكثر تفاؤلاً بالحياة، الأمر الذي يقوي جهاز المناعة. هذا غيض من فيض قدمه هذا الكتاب الذي نرجو له أن يكون مفيداً لهؤلاء المرضى بالدرجة الأولى، والمختصين الذي يقدمون لهم خدمات علاجية متخصصة، وللباحثين والقراء الجادين في مصر والعالم العربي.

إنني أقرر في نهاية المطاف، من دون أدنى انفعال، أن الدكتورة هناء شويخ قدمت للمكتبة العربية كتاباً علميا جديراً بالقراءة والإطلاع، وأثرت اللغة العربية بعدد ضخم من المصطلحات النفسية، شفعت ثلاثة وثمانين مصطلحاً منها بالتعريفات العلمية لها، الأمر الذي يذلل الطريق أمام شباب علماء النفس العيادي لدراسة المزيد من موضوعات علم نفس الصحة العيادي الذي كان يعرف سابقاً بعلم النفس الطبي.

كما أقرر أنني فخور بأن أقدم للمجتمع العلمي النفسي باحثة جادة سيكون لها مستقبل باهر إذا ما ظلت على العهد، وإذا ما استمرت جهودها على هذا النحو.

وفقنا الله لخدمة العلم وطالبيه، وخدمة كل السالكين سبله، وهو سبحانه من وراء القصد

محمد نجيب الصبوة

تصدير

يمثل هذا الكتاب حصيلة جهد أكاديمي وعملي في مجال علم النفس الصحة الإكلينيكي Clinical Health Psychology، ولعل ما دفعني للكتابة في هذا الموضوع الشاق هو احتياج مرضى الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى الأورام السرطانية بوجه خاص للرعاية النفسية المتخصصة إلى جانب التدخل الطبي.

وكذلك إلى توصية الجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Association للباحثين بضرورة إجراء أبحاث هدفها الأساسي هو حماية صحة الفرد النفسية والجسمية، لذا نجد أبحاث فرع علم النفس الصحة الإكلينيكي تدور حول شقين : **الشق الأول** يركز على تقييم وقياس المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بالصحة البدنية والنفسية، كخطوة مبدئية للوقاية من الإصابة بهذه الأمراض، **والشق الثاني** يختص بدعم اتجاه التدخل من خلال تصميم برامج للمرضى بالفعل متباينة الأهداف والوسائل، تخفف المعاناة النفسية الناتجة عن آلام هذه الأمراض المزمنة.

وتأتي الدراسة الراهنة كواحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه التقييم والقياس للمتغيرات النفسية في مجال أورام المثانة السرطانية. لذا يدور محورها الرئيسي حول استكشاف أثر كل من استراتيجيات المواجهة وأنماط المساندة في تخفيف حدة الاختلالات النفسية المتولدة عن الإصابة بمرض أورام المثانة السرطانية.

ويرجع تركيزنا على هذه الفئة المرضية (مرضى أورام المثانة السرطانية) على وجه الخصوص، إلى أن هذا المرض ليس حديثاً، بل يرجع اكتشافه إلى الأزمنة القديمة، بالإضافة إلى زيادة نسبة الإصابة به على المستوى القومي بسبب عدوى البلهارسيا، وهذا ما أكدته المؤشرات الإحصائية لمعهد الأورام التابع لجامعة القاهرة.

فهذه الفئة المرضية تمر بدءاً منذ لحظة الإصابة بالمرض، ومروراً بإجراءات التشخيص، ووصولاً إلى مرحلة العلاج بمصادر المشقة النفسية المتباينة، والتي تحتاج إلى جهود الباحثين في كافة المجالات النفسية والاجتماعية والطبية.

وعندما نستعرض الإطار النظري للدراسات النفسية الطبية الحديثة في مجال علم نفس الصحة الإكلينيكي، يتجلى لنا بوضوح أن كثيراً من الدراسات تتحرك الآن في إطار ما يعرف بالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، وأنها بذلك تبعد عن النموذج الحيوي Biological Model التقليدي السابق عليه، والذي يعزو المرض إلى عوامل بيولوجية فقط، وهذا معناه أن تلك الدراسات الحديثة تتعامل مع المرض المزمن كمنظومة متعددة الأبعاد . أبعاد بيولوجية ونفسية واجتماعية .، وهذا المنظور الحديث هو الذي تنطلق من الدراسة الراهنة.

وتؤكد الدراسة الراهنة أهمية العناية بتكثيف البحث حول المتغيرات النفسية في مجال الأمراض العضوية، وأيضا أهمية المنظور متعدد التخصصات لكثير من تلك الأمراض والذي يكفل طرازاً أمثل للتدخل لمواجهتها.

وإن هذا التوجه الذي يتطلب العناية بالأمراض المزمنة متعددة الأبعاد هو الذي يوحي إلينا في الدراسة الراهنة بالبحث في نطاق أحد هذه الأبعاد ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية لدى مرضى السرطان كمرض مزمن: ألا وهو استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية.

فمع تعدد مصادر المشقة التي تواجه هؤلاء المرضى، يحتاجون إلى تبني واستخدام استراتيجيات للمواجهة التي لها دور فعال في إعانة المرضى على التوافق مع الأعراض الجسمية، والتي عجزت أمامها التدخلات الطبية، وكذلك إلى تلقي أنماط للمساندة الاجتماعية من المقربين لهم، والتي لها القدرة على تقليل شدة المرض، وقد تزيد من سرعة الشفاء من المرض : أي وجود كل من استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية قد يخففان من الآثار السلبية للمرض، ويساعدان على التوافق والتعايش مع مرضهم.

ودفعني للتفكير في الكتابة عن هذا الموضوع أيضاً قلة ما كتب عنه في بيئتنا العربية، والقليل الذي اقتصر . في حدود ما أعلم . على التركيز على الجانب التقليدي من التشخيص والعلاج الطبي.

ويحتوي هذا الكتاب على سبعة فصول، نعرضها على النحو التالي:

- الفصل الأول: يقدم بعض الحقائق الطبية حول طبيعة المرض، وتشخيصه، وعلاجه، وما يترتب على هذا المرض من مصادر متباينة للمشقة.
- الفصل الثاني: يعرض دور كل من مفهوم استراتيجيات المواجهة ومفهوم المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية.
- الفصل الثالث: ويوضح أهم الاختلالات النفسية المرتبطة بهذه الفئة المرضية على وجه الخصوص.
- الفصل الرابع: ويتناول بالنقد والتحليل آراء الباحثين السابقين المهتمين بهذا النمط من الدراسات في المجال النفسي والطبي.
- الفصل الخامس: ويصف خطوات إجراء الدراسة الراهنة.
- الفصل السادس: ويختص بعرض النتائج التي توصلت إليها دراستنا الحالية.
- الفصل السابع: ويركز على طرح نموذج نظري يصلح تطبيقه في مجال الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى أورام المثانة السرطانية بوجه خاص، بهدف كيفية الاستفادة من نتائج الدراسة في وضع برامج للتأهيل وللتوافق مع المرض المزمن.

هذه خلاصة موجزة لفكرة هذا لكتاب، الذي يحمل بين دفتيه بعض أفكار السابقين في موضوعه، كما يحمل نتائج محلية، توصلت إليها المؤلفة خلال تجربتها في إطار دراستها للحصول على درجة " الماجستير في علم النفس " من جامعة القاهرة.

والمؤلفة إذ تأمل أن يستفيد من هذه النتائج كل من يعمل في مجال الأمراض المزمنة سواء أكان اختصاصي نفسي، أو أخصائي اجتماعي، أو الأطباء والممرضات، أو حتى المرضى أنفسهم، وتتمنى أن يفيد هذا الكتاب كل من الباحث العربي والمكتبة العربية.

ولا يسع الباحثة في هذا المقام إلا الشعور بعرفان عميق ودين هائل تجاه كل من ساهم ودفع وآمن بإمكانات هذا البحث، وهذه الباحثة. وأخص بهذا الشكر والامتنان بهذا الشكر أساتذتي الإجلاء أصحاب الفضل المباشر على هذا العمل، وهم الأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة، والدكتورة سهير فهيم الغباشى بقسم علم النفس ـ جامعة القاهرة.

ولا يفوتني في هذا المقام أن أسجل شكري لكل من الأستاذ الدكتور عادل مدني بكلية طب ـ جامعة الأزهر، والدكتورة كريمة الخطاب بكلية الآداب ـ جامعة جنوب الوادي، والأستاذ الدكتور مبارك محمد حسن أحمد بكلية طب ـ جامعة عين شمس، اللذين كانوا لهم الفضل في حصول الباحثة على التصريحات الرسمية لدخول معهد أورام ـ جامعة القاهرة، وفي إمداد الباحثة بالمراجع الطبية اللازمة للدراسة.

وأشعر بدين عميق نحو أفراد عينة الدراسة الذين لولا قبولهم التطبيق معي، لما تمكنت من إنهاء عملي، فلهم مني كل الشكر والعرفان، وأدعو الله كثيراً من أجل شفاءهم.

ولا يفوتني في هذا المقام أن أخص بالشكر والتقدير جماعتي المرجعية زملائي بمرحلة الجامعة، الذين وجدت لديهم التشجيع والمساندة الدائمة والترحيب المستمر ببذل الجهد، ومحاولتهم الدءوبة في توفير المراجع الخاصة بالدراسة، وأخص منهم: نهلة صلاح، ونصرة منصور فلهم جميعا جزيل الشكر.

أما أسرتي الكريمة، أمي الحبيبة، وأبي العزيز، وأخواتي الأحباء، فلهم مني كل الحب والتقدير لكل ما قدموه، وما يقدموه من حب ورعاية وعون، فقد تحملوا عني أعباء كثيرة خلال السنوات الماضية كي أتفرغ إلى البحث وتحصيل المعرفة، فمهما ذكرت لا أستطيع أن أوفيهم حقهم من الشكر على ما قدموه لي من تضحيات بحب وصدر رحب، فكان لوجودهم في حياتي أثر كبير في التغلب والتعايش مع الإحباطات المستمرة عند إنجاز هذا العمل، فجزاهم الله عني خيراً، وآخر دعونا أن الحمد لله رب العالمين.

المؤلفة

الفصل الأول

الاهتمام العلمي والصحي والنفسي بمرضى الأورام السرطانية

- المشكلات الخاصة بالجانب التنظيري لمفهوم المواجهة.
- المشكلات المنهجية المرتبطة بمفهوم المواجهة.
- وصف طبيعة مرضى أورام المثانة البولية السرطانية.
- مصادر المشقة المرتبطة بهذه الفئة المرضية.

مقدمة

لقد أصبحت الأورام السرطانية[1] اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، حتى أنها تصدرت اهتمامات كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، الأكاديمية والتطبيقية.

ومن معالم تلك الأهمية أن أصبحت موضوعاً بارزاً للدراسة داخل فرع علم نفس الصحة العيادي، الذي يستهدف دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض البدنية. ويتضح كذلك هذا الاهتمام من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية للسرطان الباحثين على القيام بالأبحاث وتطبيقها في مجال الأورام السرطانية، لتحقيق هدفين:

١- لاكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم سواء للوقاية من المرض، وللتحكم فيه والسيطرة عليه، أوللتوافق معه.

٢- ولتدريب المختصين بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى على التعامل الأفضل مع هذه المتغيرات النفسية، على نحو يساعدهم على تقديم الخدمة الصحية بشكل أكفأ، وبالتالي ينعكس ذلك على تحسن صحة المرضى الجسمية والنفسية(Redd,1995)).

وتأتي الدراسة الراهنة كواحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه الاهتمام بهذا المرض، ومن ثم فهي تتبنى مجموعة من الأهداف تدخل جميعها في إطار واحد هو خفض الخبرة بالمشقة النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية[2] وتتحدد هذه الأهداف فيما يأتي:

- الكشف عن نوعية استراتيجيات المواجهة[3] التي يتبناها مرضى أورام المثانة للتخفيف من المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض، وعن الطبيعة المزمنة له.

---

(1) Cancer.
(2) Bladder Cancer.
(3) Coping Strategies.

- تقييم دور المساندة الاجتماعية[1] في خفض شدة المعاناة من المرض.
- تقدير حجم التأثير لكل من استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية على عدد من المتغيرات النفسية هي: المشقة النفسية[2] ، والميل للتشاؤم[3] ، والعجز المكتسب[4] ، وقلق الموت[5] .

وهذا يعنى أننا سنوزع اهتمامنا البحثي من حيث التأثير بين اثنين من المتغيرات الرئيسة لدى مرضى الأورام السرطانية أحدهما هو استراتيجيات المواجهة والآخر هو المساندة الاجتماعية. ومما حثنا على التركيز على هذين المتغيرين تحديداً ، الدلالة التطبيقية لكل منهما في مجال تدابير المواجهة لواحد من أكثر الأمراض امتناعاً على العلاج.

فمن **المفهوم الأول** ـ استراتيجيات المواجهة ـ، نجد أنه يكتسب أهمية تطبيقية وعملية كبيرة في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية؛ حيث أشارت دراسات متعددة إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية ، كما كشفت أيضاً عن استهدافهم للاضطرابات النفسية بمجرد تشخيصهم بهذا المرض ، من ناحية أخرى نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لاستراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين التشخيص بمرض مزمن واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية((Endler & Parker,1990)). وحدة التغيرات في أسلوب الحياة الناتجة عن الإصابة((Kyngas et al., 2001)). والقدرة على التوافق مع الأنماط المتعددة للعلاجات التي يخضع لها المرضى ((Martelli, Auerbach, Alexander & Mercuri,1987)). من هنا بدت المعاناة المزمنة من مرض الأورام السرطانية بمثابة مصدر رئيس للمشقة النفسية، التي تحتاج لنوع ما من استراتيجيات المواجهة للتخفيف من وطأة هذا المرض.

---

(1) Social Support.
(2) Psychological Stress.
(3) Pessimism.
(4) Learned Helplessness.
(5) Death Anxiety.

كذلك تتمثل أهمية دراسة هذا الموضوع فيما يواجهه المهنيون في مجال الرعاية الصحية من مشكلات؛ خاصة تلك التي تتعلق بالمصابين بأمراض مزمنة والذين لا يستجيبون للتدخلات الطبية طويلة المدى، وبالتالي يصبح المرض غير مستجيب لوسائل العلاج ومع مقاومة المرض للعلاج يصبح المرضى يائسين من الشفاء(النيدزاى وبول: ٢٠٠٠، ص٧٣٩: مترجم).

ومن هنا يتضح دور استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المرضى بأنفسهم لتعينهم على مواجهة الأعراض المرضية التي عجزت أمامها التدخلات الطبية. وهذا ما أكده "دروبكين" Dropkin وآخرين(٢٠٠١) من أن لاستراتيجيات المواجهة دوراً بارزاً في التخفيف من حدة الأعراض الجانبية للعلاج الجراحي لدي مرضى أورام العنق والرأس(Dropkin & Corln,2001,p.143).

وبالرغم من وجود أدلة مرجحة للدور الإيجابي لمفهوم المواجهة في التخفيف من المشقة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، نجد أن هذا المفهوم يعاني بشكل واضح من عدد من المشكلات، يتعلق بعضها بالجانب التنظيري للمفهوم، وبعضها الأخر يختص بالجانب المنهجي، وترتب على انخفاض عناية الباحثين بهذه المشكلات خلط شديد في النتائج الخاصة بهذا المفهوم. وبالتالي ترى الباحثة أنه من الضروري العناية بتلك المشكلات، حتى نصل إلى الصورة الواقعية لهذا المفهوم في مجال الأمراض المزمنة، وما يؤديه من دور فعال في هذا المجال.

أولاً: المشكلات الخاصة بالجانب التنظيري لمفهوم المواجهة

من استعراض الأبحاث الخاصة بالمشقة، نجد أن أغلب الباحثين عبروا عن مفهوم المواجهة بصور متعددة، من ذلك مفاهيم آليات المواجهة[١]، واستراتيجيات المواجهة، واستجابات المواجهة[٢]، وأساليب المواجهة[٣] وسمات المواجهة[٤] وغيرها

(1) Coping Mechanisms.
(2) Coping Responses.
(3) Coping Styles.
(4) Coping Traits.

من المفاهيم الواردة لوصف هذا المفهوم (Kaplan, Talterson & Sllus,1993,p.123)). وبالرغم من تعدد هذه المفاهيم، فهي تبدو متضمنة لهدف واحد، ألا وهو خفض المشقة النفسية.

وقد يرجع هذا التعدد في استخدام مفهوم المواجهة إلى تعدد وتباين الأطر النظرية، التي يقوم عليها المفهوم، مما ترتب عليه تباين في النتائج عند استخدام مفهوم المواجهة في مجال الأمراض المزمنة.

وترجع بدايات مفهوم المواجهة إلى أوائل القرن التاسع عشر، ومنذ هذا التاريخ مر بعدد من الأطر النظرية المفسرة له، بدءاً من **مدرسة التحليل النفسي**. والتي ترى أن مفهوم المواجهة ما هو إلا "مجموعة من الآليات الدفاعية[1] يستخدمها الأنا ضد الأفكار والمشاعر غير السارة"، كالكبت، والإسقاط، والاستمناء، وغيرها من الآليات. وطبقاً لرؤية هذه المدرسة لمفهوم الآليات الدفاعية، نجدها تعرف المواجهة بأنه "العملية اللاشعورية الداخلية التي تعمل على تقليل التنافر المعرفي، وتقليص التغييرات المفاجئة في البيئة الداخلية والخارجية من خلال تعديل إدراك الفرد لهذه الأحداث" (Suls, David & Harvey,1996 ; Vaillant, 1994)).

وترتب على استخدام مفهوم المواجهة من خلال منظور التحليل النفسي، تعدد في الآليات أوالأبعاد المكونة لمفهوم المواجهة، والتي يميل الفرد إلى استخدامها معتمداً على طبيعة موقف المشقة أوالحدث الصدمي، وهذا ما أكدته "أنا فرويد" Anna Freud من وجود ارتباط بين الآليات الدفاعية والاضطرابات النفسية المحددة، حيث وُجد أن مرضى الهستيريا يميلون لاستخدام آلية الكبت، في حين يستخدم مرضى البارانويا آلية الإسقاط، كما لاحظت "أنا فرويد" أن بعض هذه الآليات ليست فعالة بشكل مستمر. وأدت هذه الملاحظة إلى النظر إلى هذه الآليات في شكل نموذج متدرج بدءاً من الآليات الناضجة[2]، وتعرف بأنها "مجموعة النشاطات الفعالة في تحقيق الصحة النفسية للفرد" كالاستمناء. والتفريغ، إلى الآليات غير

(1) Defense Mechanisms.
(2) Mature Defenses.

ناضجة[1] وتعرف بأنها "مجموعة النشاطات غير الفعالة في تحقيق الصحة النفسية" كالإسقاط، والعدوان السلبي. وهناك مستوى آخر من هذه الآليات يندرج بين الآليات الناضجة والآليات غير الناضجة، ويعرف بالآليات العصابية[2] ، والتي تشتمل على آليات مثل آلية إعادة التكوين، وآلية الكبت.

ومع زيادة الاهتمام بمفهوم المواجهة - من خلال مدرسة التحليل النفسي - أصبح مرادفاً لمصطلح الآليات الدفاعية الناضجة أوالتكيفية فقط، أي ليست كل الآليات الدفاعية سلوكيات مواجهة(Parker & Ender,1996,p.5)).

هذا عن المنظور الأول لمفهوم المواجهة، ولكن مع بداية سنة ١٩٧٠ تطور منظور آخر، وهو **المنظور التفاعلي**، ويعتمد على دراسة المواجهة كسلوك ناتج من تفاعل الفرد مع البيئة، وبدأت سلسلة من الدراسات على يد "لازاروس" Lazarus وزملائه، وأصبحوا يعرفوا المواجهة بأنه "الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد لتدبر مطالب البيئة الداخلية والخارجية" (Jenkins & Pargament,1988)).

ويعتمد هذا المفهوم على عملية تقييم الحدث، وأشار "لازاروس" إلى وجود عمليتين تقييميتين هما:عملية **التقييم الأولي** لإدراك كون الحدث مهدداً أم لا، وعملية **التقييم الثانوي** لحصر ما لدى الفرد من استراتيجيات لمواجهة هذا الحدث(Park & Folkman,1997)). وميز "لازاروس" بين بعدين للمواجهة، هما: **المواجهة المرتكزة على المشكلة**[3] ، وتعرف بأنها "الإجراءات السلوكية والمعرفية التي تستهدف تقليل حدة أوشدة المشقة من خلال التغلب على مصدر المشقة"، أما البعد الآخر، فهو **المواجهة المرتكزة على الانفعالات**[4] ، وتعرف بأنها "مجموعة من الإجراءات المتنوعة التي تستهدف تدبير وتنظيم أرجاعنا تجاه موقف المشقة، أكثر من محاولة تغييرها لهذا الموقف"(Taylor & Aspinwall,1993 ; Terry,1994)).

---

(1) Immature Defenses.
(2) Neurotic Defenses.
(3) Problem – Focused Coping.
(4) Emotion – Focused Coping.

كما أضاف الباحثون بعداً آخر يعرف بالمواجهة القائمة على التجنب[1] ، ويشمل المواجهة مع المشكلة إما بالبعد عن الآخرين، أوالتشتيت عن موضوع الحدث(Parker et al.,1996, p.7)).

ويندرج تحت كل بعد من هذه الأبعاد عدد من الاستراتيجيات التي تختلف طبقاً لطبيعة الحدث الذي يتعرض له الفرد، فتندرج استراتيجيات حل المشكلة، وطلب المعلومات، والتخطيط تحت بعد المواجهة المرتكزة على المشكلة، بينما تندرج استراتيجية الإفصاح، والتوجه الديني، والتقبل تحت بعد المواجهة المرتكزة على الانفعالات، وتحتوى كل استراتيجية على عدد من السلوكيات الهادفة لتحقيق هدف هذه الاستراتيجية(Suls et al.,1996)).

ومع الاهتمام الزائد ـ من قبل المنظور التفاعلي ـ للسياق الموقفي كمحدد أساسي لهذه الاستراتيجيات، نما اتجاه ثالث مضاد لهذا الاهتمام منذ سنة ١٩٨٠، ويربط بين المواجهة والشخصية، ويري المواجهة كأسلوب يعبر عن استعدادات فردية ثابتة، يميل الفرد إلى استخدامها بشكل مستمر عبر المواقف المختلفة. وينظر هذا المنظور إلى مفهوم المواجهة "كأسلوب أوسمة تحدد سلوك الأفراد، ويميل الأفراد إلى استخدامها بشكل مستمر عبر المواقف المختلفة"، مهملين بذلك الخصائص الموقفية للحدث.

وترتب على هذا المنظور عدد من الأساليب المميزة للأفراد في التعامل مع مواقف المشقة، مثل أسلوب الاقتراب في مقابل أسلوب التجنب، وأسلوب الحساسية في مقابل أسلوب الكبت، وغيرها من الأساليب (Heszen-Niejodek & Pedagogiki,1997,p.345).

هذا عن التوجهات النظرية الثلاثة لهذا المفهوم، وما ترتب على كل منظور من تباين في أبعاد مفهوم المواجهة، وفي التأثير المتوقع لكل بعد على حدة، وهذا يقتضي عندما نتناول تأثير أي بعد من أبعاد المواجهة، تحديد هل هو آلية، أم استراتيجية، أم

(1) Avoidance – Oriented Coping.

أسلوب، وهذا ما أوضحه "كارفر" Carver و"شاير" Scheier (١٩٩٤) من أن استراتيجيات المواجهة تعد متغيراً فعالاً للتنبؤ بالمشاعر الإيجابية لدى الأفراد في مواقف المشقة، في حين لم يعد أسلوب المواجهة بهذه الدرجة التنبؤية لهذه المشاعر الإيجابية(Carver & Scheier,1994)).

ونتيجة للتطور النظري لهذا المفهوم، ينظر الباحثون لهذا المفهوم من خلال ثلاثة مستويات، **المستوى الأول**: يعكس أسلوب المواجهة كميول عامة، أما **المستوى الثاني**: فيشمل استراتيجيات المواجهة، ثم **المستوى الثالث والأخير**: فيحتوي على سلوكيات المواجهة التي تخص كل موقف، وتختلف باختلاف المحددات الموقفية(Livneh, 2000)).

وخلاصة ما سبق أن أحد مسببات التعارض في نتائج المفهوم ترجع إلى تعدد الأطر النظرية المفسرة له، وعدم إشارة الباحثين لهذه المداخل عند دراسة مفهوم المواجهة، حتى تعزي هذه النتائج المترتبة عليه إلى مدخل بعينه يختلف عن المداخل النظرية الأخرى.

هذا عن أهم المشكلات التنظيرية الخاصة بمفهوم المواجهة، بالإضافة إليها يعاني مفهوم المواجهة من نمط آخر من المشكلات خاصة بتطبيقه في مجال أبحاث المشقة.

ثانياً: المشكلات المنهجية المرتبطة بمفهوم المواجهة

يمكننا حصر المشكلات المنهجية الخاصة بتطبيق مفهوم المواجهة في مجال الأمراض المزمنة في عدد من النقاط، هي:

١- **التوقيت الزمني لتقدير المواجهة**[1] : عند استخدام بطاريات الاختبارات لتقدير مفهوم المواجهة، يعتمد الأسلوب الشائع في القياس على سؤال المشارك لاستدعاء الحدث المشق، وما تناوله من طرق للمواجهة مع هذه الأحداث، والتي ربما مر عليها فترة زمنية تتراوح ما بين شهور إلى سنين، وهذه الفترة

(1) The Temporal window for Coping Assessment.

الزمنية تعد عاملاً مهماً يتدخل في تشكيل النتائج التي نحصل عليها، كما تعتمد عملية الاستدعاء على قدرة الفرد على التذكر، وهو عامل آخر له دوره الفعال في التأثير على النتائج.

٢- **الخلط بين المواجهة ونتائجها**[١] : من استعراض النتائج التطبيقية لاستخدام مفهوم المواجهة المرتكزة على الانفعالات، نجدها إلى حد كبير نتائج سلبية، فوجد "إندلر" Endler(١٩٩٠) ارتباطات جوهرية بين مقاييس المواجهة المرتكزة على الانفعالات والاكتئاب والقلق تصل إلى ٠.٥٦، وبالتالي تفسر هذه النتيجة في ضوء كون المواجهة المرتكزة على الانفعالات لها عواقب غير توافقية، ولكن بعض الباحثين فسروا النتيجة بسبب الخلط الشديد بين البنود المكونة لمقاييس المواجهة المرتكزة على الانفعالات، ومقاييس المشقة، فبند مثل "البكاء بشدة" يعد بنداً داخل مقاييس المشقة، ومقاييس المواجهة المرتكزة على الانفعالات(Suls et al.,1996).

٣- **اختيار طرق المواجهة في مقابل المواجهة الفعالة**[٢] : كذلك هناك خلط شديد بين اختيار الفرد لطرق المواجهة، ومدى قدرة هذه الطرق في تحقيق المواجهة الفعالة، فليس معنى استخدام الفرد لطرق متعددة للمواجهة أن يتحقق الهدف من هذه الطرق، فنجد الأفراد ذوي العصابية المرتفعة أكثر استخداماً واختياراً للمواجهة بالمواجهة بالمقارنة بالأفراد ذوي العصابية المنخفضة، أي الاختلاف هنا في الاختيار، ولكن عند المقارنة في فعالية هذه الطرق، نجد أن كلاً منهما يستخدمان المواجهة بالمواجهة بطريقة غير فعالة في تقليل الاكتئاب(Suls et al.,1996 ; Suls & David,1996). أي لابد من التفرقة بين كم أومقدار[٣] استخدام الأفراد للطرق المواجهة، واستخدامها بكفاءة[٤] لتحقيق الهدف منها في تقليل المشقة.

---

(1) Confounding of Coping and Outcomes.
(2) Coping Choice versus Coping Effectiveness.
(3) Range.
(4) Competence.

٤- **نماذج سلوكيات المواجهة**[1] : يتناول الباحثون دور المواجهة من خلال تبين تأثير كل استراتيجية بشكل منفرد، ولكن أكد "ستون"Stone(١٩٨٤) أن أغلب استراتيجيات المواجهة تستخدم بشكل تفاعلي، وأضاف "ستون" أن العلاقة بين المشقة والمواجهة تعتمد على العملية التقييمية لهذا الحدث، لهذا السبب لابد من التركيز على دراسة هذه الاستراتيجيات في شكل بناءات جماعية، أي لم يعد من الأهمية فحص دور كل استراتيجية على حدة، بل الأفضل فحص دورها أثناء تفاعلها مع غيرها من الاستراتيجيات(Suls et al.,1996)).

٥- **مواقف المشقة القوية في مقابل الضعيفة**[2] : عامل آخر يسبب الخلط في النتائج التطبيقية لمفهوم المواجهة، ألا وهو طبيعة موقف المشقة الذي يتعرض له الفرد، فقد تتراوح شدة هذه المواقف من المواقف الأكثر شدة إلى المواقف الأقل شدة. وأكد "فيلتون" Felton(١٩٨٤) أنه لابد من التركيز على استراتيجيات المواجهة المفيدة لنمط خاص من مصادر المشقة، ويتم ذلك بتحديد خصائص الموقف بشكل دقيق، فلا نكتف فقط بذكر موقف المشقة الذي يتعرض له الفرد كالإصابة بمرض الأورام السرطانية، بل لابد من تحديد خصائصه بشكل دقيق، مثل تحديد مرحلة المرض، والعلاج الخاضع له الفرد، وغيرها من المحددات الموقفية التي لها دور كبير في تشكيل استراتيجيات المواجهة وفعاليتها (Manne, Sabbioni, Bovbjerg, Jacobsen, Taylor & Redd,1994).

٦- **المتغيرات الديموجرافية الخاصة بالعينة**: توصل الباحثون لعدد من النتائج الخاصة بدور المواجهة من خلال عينات ذات خصائص ديموجرافية مختلفة، ومن البديهي أن تكون هذه النتائج غير متكافئة، فنجد أن استراتيجيات المواجهة تختلف باختلاف أعمار العينة، فكبار السن أكثر استخداماً للمواجهة من صغار السن. وأرجع الباحثون هذه النتيجة إلى تفسيرين هما: **التفسير الارتقائي**[3] الذي يرجع هذا الاختلاف لكون كبار السن أكثر

(1) Pattering of Coping Behaviors.
(2) Strong Versus Weak Problem Situations.
(3) Developmental Interpretation.

نضجاً في استخدام سلوكات المواجهة بالمقارنة بصغار السن، أما التفسير الثاني: وهو التفسير السياقي[1] ، ويرجع هذا الاختلاف إلى اختلاف مصادر المشقة التي يواجهها كل منهما، فكبار السن أكثر تعرضاً للمشقة المرتبطة بالصحة بالمقارنة بصغار السن (Aldwin, Sutton & Lachman,1996 ; Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek,1987).

هذا ولم تتوقف خصائص العينة على العمر، بل تشمل كذلك جنس العينة، حيث وجد أن الإناث أكثر استخداماً للمواجهة المرتكزة على الانفعالات بالمقارنة بالذكور الذين يعتمدون بشكل كبير على المواجهة المرتكزة على حل المشكلة (Hamilton & Fagot,1988 ; Ptacek, Smith & Zanas,1996,p.747).

وغيرها من الخصائص الديموجرافية التي لها دور واضح في تشكيل النتائج الخاصة بالمواجهة، ولابد من أخذها في الاعتبار عند تعميم النتائج بدرجة كبيرة من الثقة.

هذه هي أهم المشكلات المنهجية الخاصة بتطبيق مفهوم المواجهة في أبحاث المشقة، والتي لو أخذها الباحثون بدرجة أكبر من الاهتمام والرعاية لتوصلوا إلى نتائج محددة ودقيقة، وبعيدة عن الخلط والتشويه.

لذا تحاول الدراسة الراهنة تجنب المشكلات التنظيرية، من خلال اعتمادها بشكل كبير على المدخل التفاعلي كمحدد أساسي لتفسير مفهوم المواجهة، ولتحديد أبعاده، كذلك تسعى الدراسة إلى تقديم صورة واضحة لدور مفهوم المواجهة في مجال الأمراض العضوية، من خلال تفادى بعض الأخطاء المنهجية، وذلك بتحديد خصائص الموقف المشق، ألا وهو الإصابة بمرض الأورام السرطانية، وما يحويه هذا الموقف من خصائص موقفية محددة، تجعله مميزاً عن غيره من المواقف الأخرى المُشقة.

---

(1) Contextual Interpretation.

وبالانتهاء من عرض هذه المشكلات المنهجية، نكون قد انتهينا من تقديم مفهومنا الأول، ألا وهو استراتيجيات المواجهة، وننتقل الآن إلى عرض **مفهومنا الثاني** موضع اهتمامنا في الدراسة الراهنة، وهو **متغير المساندة الاجتماعية**، ولعل ما دفعنا لدراسته، هو ما أوضحته الدراسات السابقة من أهمية هذا المتغير في مجال الأمراض العضوية، فذكر "سارافينو" Sarafino(١٩٩٤) أن المساندة الاجتماعية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات ما هي إلا مصادر للدعم الفعال، فهي عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين، فكلما أقر الفرد بكفاية هذه العلاقات ازداد الدور الفعال للمساندة الاجتماعية على الصحة؛ ومن ثم فإن هذا المتغير له دورين مهمين، **الأول** هو: الدور المباشر ويظهر من خلال المساندة الاجتماعية التي تقدم للفرد ويدركها على نحو واقعي بصورة مباشرة. **والثاني** هو: الدور غير المباشر ويظهر من خلال تنميتها ودعمها للأدوار الإيجابية للمتغيرات النفسية الأخرى(كالصلابة النفسية، والتفاؤل، وتقدير الذات) للتخفف من شدة وقع الأحداث الشاقة على الفرد. فالعلاقة - بين الفرد والآخرين - التي يسودها الحب والتقدير والاهتمام، ترفع من تقدير الفرد لذاته، وهما عاملان يقيان الفرد ويساعدانه على مقاومة المشقة، ويخففان الآثار المترتبة على التعرض لها. أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية فيشعره بالعجز عن المقاومة؛ ومن ثم يبدأ ظهور الخصال المزاجية المرضية كالاكتئاب (جيهان أحمد حمزة، ٢٠٠٢، ص١١).

ومن ثم يمكن التنبؤ بأن غياب المساندة الاجتماعية أو انخفاضها يزيد من الآثار السلبية للأحداث وللمواقف المُشقة التي يتعرض لها الفرد (Smith, Wethington & Zhan,1996). وهذا ما أكده كل من "كوليك" Kulik و"ماهلر" Mahler (١٩٨٩) أن المساندة الاجتماعية تقلل من فترة المرض، بل إنها تزيد من سرعة الشفاء من المرض(Taylor,1995,p.278)). وفي دراسة أخرى تمت البرهنة على أن الذين يتلقون المساندة بشكل مباشر، كانوا أقل معاناة من الأعراض الاكتئابية بالمقارنة بالذين يتلقونها بشكل غير مباشر(Komproe, 1997). كما أضافت الأبحاث المرتبطة بالصحة أن للمساندة الاجتماعية تأثير واضح على معدل الوفيات لدى المرضى،

والتوافق النفسي وتحسين نتائج العلاج لديهم(Ell,1996)). وترى هذه الدراسات أن المساندة الأسرية والمساندة الزوجية تعدان من أهم مصادر المساندة الاجتماعية لتحقيق التوافق النفسي لدى مرضى الأورام السرطانية (Hagedoorn, Kuijer, Sanderman & Wobbes,2000).

ويشير كل من "نوريس"Norris و"موريل"Murrell إلى أن المساندة الاجتماعية تقلل من درجة شعور الفرد بالمشقة، وتخفف من آثارها السلبية على صحته بصورة عامة، كما يساعد وجود مصادر متعددة للمساندة الاجتماعية على زيادة قدرة الفرد على التوافق، لأنها تشعره بالدفء الذاتي، وتمده بالصلابة النفسية المطلوبة لمواجهة الأزمات (فيفيان أحمد، ٢٠٠١، ص ص ٢٦- ٢٧).

ويري "كابلان" Caplan(١٩٧٦) أن المساندة الاجتماعية ما هي "إلا إمداد مباشر من قبل المحيطين، يوجه الفرد نحو تحقيق أهداف مرغوبة"، ويميز الباحثون بين خمسة أنواع لهذا الإمداد، وهي، **الإمداد الوجداني**: المختص بالثقة والرعاية العاطفة والرحمة، **والإمداد المعلوماتي**: ويشمل النصيحة والمعلومات، **والإمداد الوسيلي**: المختص بالمساعدات المادية والخدمات، **والإمداد التقديري**: المتركز على قيمة الفرد، وأخيراً **الإمداد الاجتماعي**: المتمثل في شعور الفرد بأنه عضواً في الإطار الاجتماعي المحيط به (Suls, 1982,p.256; Weinert & Tilden,1990)).

يتضح مما سبق مدى أهمية هذين المتغيرين ـ المواجهة والمساندة الاجتماعية ـ في مجال الأمراض المزمنة، وبالرغم من دورهما البارز في خفض المشقة، نجد ندرة في النماذج الجامعة لهذين المفهومين معاً في مجال الأمراض المزمنة، فأغلب النماذج المتوفرة في الإنتاج الفكري النفسي ركزت على تفسير العلاقة بين المشقة والمواجهة فقط، رغم وجود متغيرات أخرى لها دور فعال في تشكيل هذه العلاقة، لذا جاءت هذه النماذج تعاني بعض نواحي القصور، المتمثلة في النقاط التالية:

- **أولاً**: أن أغلب هذه النماذج المفسرة لمفهوم المواجهة لم تركز على ملامح موقف المشقة ـ المرض المزمن ـ، وبالرغم من أن "لازاروس" أكد في نموذجه

دور موقف المشقة في تشكيل الاستراتيجيات، فإنه لم يلق أي اهتمام بطبيعة هذا الحدث وخصائصه. مما شجع "بيرريز" Perrez و"ريشيرتس" Richerts إلى وضع عدد من الخصائص المميزة للموقف الخاص بالأمراض المزمنة، وهي:

١- لقيمة[1] ، وتعكس مدى مشقة الموقف.

٢- والقابلية للتحكم[2] ، وتشير إلى فرصة الفرد للتحكم في الموقف.

٣- والقابلية للتغيير[3] ، وتمثل إمكانية تغير الموقف ذاتها.

٤- والغموض[4] ، ويمثل درجة خلو الموقف من المعلومات الكافية لتفسيره، أودرجة تشويه الموقف الذي يحتاج إلى تأكيد.

٥- والتكرار[5] ، وهي عودة ظهور موقف المشقة مرة أخرى.

وتوصف الأمراض المزمنة طبقاً لهذه الخصائص، فالأورام السرطانية تعد من أكثر هذه الأمراض تهديداً للذات، وأشدها انخفاضاً في القدرة على التحكم، وأكثرها قابلية للتطور عبر الزمن، وللظهور مرة أخرى.

كما وجد "كاسيليث" Cassileth(١٩٨٤) أن مرضى الأورام السرطانية لم يسجلوا ارتفاعاً في مستوى المشقة النفسية، وانخفاض في الصحة النفسية بالمقارنة بمجموعة غير المرضى، وفسر هذه النتائج غير المتوقعة بأن مرضى الأورام السرطانية كانوا ذوي المراحل المتأخرة، وبالتالي فالتوافق يعتمد بشكل كبير على خصائص هذا المرض، وكذلك على التاريخ المرضى للمريض.

ومن ثم فمع اختلاف خصائص الموقف المشق تتولد طرق مواجهة متنوعة ونتائج مختلفة، وهذا ما أكده "زاوترا" Zautra(١٩٩٢) بأن طرق المواجهة مع مرض التهاب المفاصل يختلف بوجه عام عن طرق المواجهة مع مرض الألم المزمن (Maes, Leventhal & Ridder,1996,pp.226-228).

---

(1) Valance.
(2) Controllability.
(3) Changeability.
(4) Ambiguity.
(5) Recurrence.

- **ثانياً**: أن بعض النماذج تجاهلت بعض المتغيرات المساعدة على المواجهة، مثل متغير المساندة الاجتماعيه، والمتغيرات الديموجرافية، بالرغم من ثبات دورها في الدراسات السابقة. فقد وجد "ساراسون" Sarason(١٩٩١) أن الأفراد ذوي المساندة الاجتماعية المرتفعة كانوا أكثر قدرة على مواجهة تحديات الموقف الذي يفوق مصادرهم الذاتية، وأضف أن المساندة الاجتماعية تؤثر على عملية المواجهة. من خلال ثلاث طرق مختلفة. هي:

أ- أنها تخفف من وطأة موقف المشقة، وبالتالي تؤثر على إدراكنا له، مما يؤثر بشكل مباشر على طرق المواجهة المستخدمة.

ب- وتؤثر على تطور مهارات المواجهة.

ج- وتساعد على زيادة طلب المساندة الاجتماعية كاستراتيجية للمواجهة ((Ptacek,1996,p.507

كما وجد أن المساندة الوسيلية تعد متغيراً فعالاً في تحسين المواجهة لدى المرضى(Kyngas et al.,2001). كما ترتبط المساندة الاجتماعية إيجابياً مع المواجهة الاقترابي، وسلبياً مع المواجهة التجنبي سواء لدى المرضى أم غير المرضى(Ptacek,1996,p.507).

- **ثالثاً**: لم توضح هذه النماذج العائد من عملية المواجهة، أي دور نتائج عملية المواجهة على مصادر الفرد، بمعنى هل النتائج الإيجابية للمواجهة تزيد من فرص توفير مصادر أخرى للمواجهة، بينما تقللها النتائج السلبية؟أي لابد من وجود رؤية عامة للتفاعل بين هذه النتائج ومصادر المواجهة مرة أخرى (Moos et al.,1996,p.228).

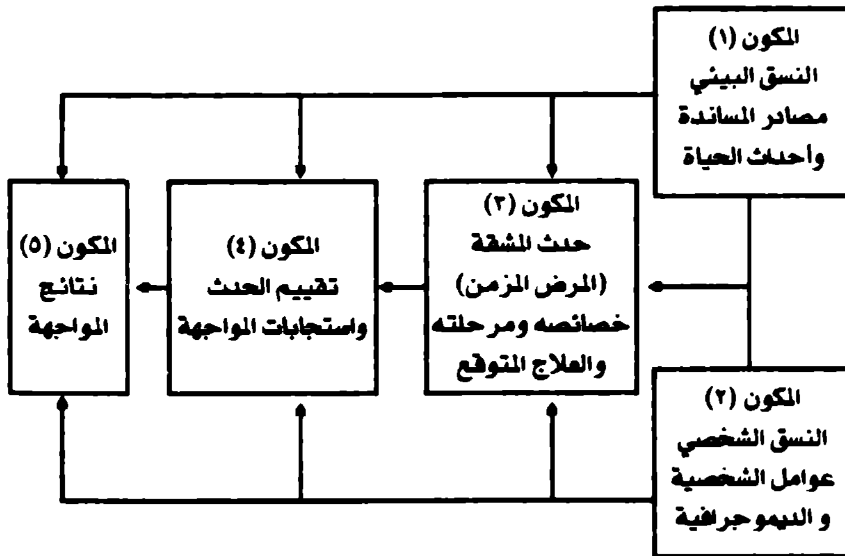
هذا عن أهم الانتقادات التي وجهت للنماذج المفسرة للعلاقة بين المشقة والمواجهة، خاصة في مجال الأمراض المزمنة. ويعد نموذج "موس" Moos (١٩٩٢) من أهم النماذج التي تلافت هذه المشكلات السابقة، حيث يرى "موس" أن عملية المواجهة مع المشقة ترتبط بالتفاعل بين نسقين أساسيين هما النسق البيني(١)

---

(1) Environmental system.

(شاملا: المصادر والأحداث الاجتماعية الشاقة)، والنسق الذاتي أوالفردي[1] (شاملا: خصائص الديموجرافية للأفراد، ونماذج من المصادر الشخصية والاجتماعية[2] ، مثل الثقة بالنفس، والمزاج الهادئ، والالتزامات الشخصية، وخبرات المواجهة السابقة، والمساندة الأسرية)(Moos, 1992,p.197)).

ويوضح الشكل التالي هذا النموذج(١.١):



شكل (١- ١) نموذج "رودلف موس" المتطور

ويوضح الشكل(١- ١) أن المكون(١) وهو النسق البيئي يتفاعل بشكل مستمر مع المكون(٢) وهو النسق الذاتي أوالفردي، ويؤثران معاً على المكون(٣) الممثل في حدث المشقة المزمن، والذي له خصائص مميزة له، وبالتالي يتشكل تقييمنا لهذا الحدث، ومن ثم استجابات المواجهة الملائمة لهذا التقييم، وبالتالي نصل إلى المكون(٤) الخاص بالتقييم المعرفي للحدث واستجابات المواجهة[3] ، ليتكون في

(1) Personal system.
(2) Social and Personal Resources.
(3) Cognitive Appraisal and Coping responses.

النهاية المكون(٥) العاكس لنتائج عملية المواجهة (Holahan, Moos & Schaefer,1996,pp.26-27 ; Moos, 1992,pp.197-198).

ويقدم هذا النموذج ملاحظة شديدة الأهمية، حيث يرى أن العائد المترتب على نتائج المواجهة يؤثر بدوره على المصادر الشخصية والبيئية مرة أخرى، بمعنى أن التأثير لا يسير في اتجاه واحد، بل هو يسير في اتجاهات متعددة، وهذا ما أكده "موس" حيث تؤدي المساندة الأسرية إلى زيادة استخدام طرق المواجهة الموجهة نحو مصدر المشقة، والتي تؤدي بدورها إلى تحسن العلاقات الأسرية وزيادة المساندة المدركة، إذن فالعلاقة بين المساندة والمواجهة علاقة تبادلية(Ptacek, 1996,p.507)).

ولعل هذا دفع بعض الباحثين إلى إعادة النظر في مفهوم المواجهة ومفهوم المساندة الاجتماعية، من حيث أن كلا منهما يؤدي وظيفة متماثلة، فالمواجهة المرتكزة على حل المشكلة يوازي وظيفياً المساندة الوسيلية في تدبر موقف المشقة، بينما يوازي المواجهة المرتكزة على الانفعالات المساندة الوجدانية، لأنهما يعملان على تخفيف حدة الانفعالات الناتجة عن المشقة، وأخيراً يعد المواجهة المرتكزة على إعادة إدراك الموقف مناظراً للمساندة المعلوماتية، فكلاهما يسعيان لتعديل معني وإدراك موقف المشقة. ومن خلال هذه الموازنة بين استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية، بدأ الباحثون ينظرون للمساندة الاجتماعية كمواجهة مساعد من قبل المحيطين بالفرد، حيث الهدف منهما واحد، وهو التخلص من موقف المشقة أوالتحكم في المشاعر الناتجة والمصاحبة لموقف المشقة(Thoits,1986)).

مادامت الدراسة الراهنة تهتم بكل من مفهوم المواجهة ومفهوم المساندة الاجتماعية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، يبقى أن نلقي بعض الضوء - في إطار هذا التمهيد - على أمرين:

- **الأمر الأول:** يتعلق بوصف طبيعة مرض أورام المثانة السرطانية.
- **الأمر الثاني:** يتعلق بتحديد مصادر المشقة المرتبطة بهذه الفئة المرضية على وجه الخصوص.

ويكون عرضنا لهذه الفئة المرضية، ومصادر المشقة المرتبطة بها بمثابة خلفية تحدد أهم الاعتبارات الحاكمة لاختيارنا لتلك الفئة المرضية على وجه الخصوص.

على أن رجوعنا للمصادر الطبية لعمل هذا الوصف لن يخرج عن حدود معينة، يحكمها الاعتبارين الآتيين:

- مقتضيات التخصص من حيث أننا بصدد دراسة نفسية أساساً، ومن ثم فإن التعرض لهذه الجوانب الإكلينيكية سيكون في الحدود المناسبة للتخصص.
- مدى صلة الجوانب المعالجة لطبيعة مشكلات البحث، إذ يتم التعرض لمضمون بعض هذه الجوانب بالقدر الذي يُمكن من وصف عينة الدراسة، أومناقشة النتائج في إطار فروض البحث.

ولنبدأ بالتعرف على بعض الملامح التشريحية والوظيفية للمثانة البولية، والتي نتبعها بعد ذلك بوصف أورام المثانة السرطانية.

المثانة البولية عند الإنسان:

تعد المثانة عضو جوفي داخل المنطقة السفلية من الحوض، وتشبه البالون الصغير، ذو جدار عضلي يسمح بمرونة حركتها، وتتسع وتضيق حسب كمية البول المخزن فيها. ويمكن للمثانة الاحتفاظ بحوالي ٥٠٠ ملليمتر من البول، حيث ينتج البول[1] عن ترشيح الدم في الكليتين لاستخلاص المواد الضارة والفائضة فيه، والذي ينتقل إلى المثانة عن طريق قناة تسمى الحالب[2] لتخزن بالمثانة، حتى يأتي الوقت والمكان المناسبان للتخلص منه خارج جسم الإنسان عن طريق قناة أخري تسمى قناة مجرى البول[3]. ويختلف طول القناة البولية باختلاف الجنس، فنجده في الإناث قصير جداً ويبلغ حوالي ٣.٥ سم، وتنتهي القناة بفتحة في نهاية المهبل[4]، أما في الذكور فهو أطول، حيث يبلغ حوالي ٢٠سم، وتمر القناة البولية خلال غدة

(1) Urine.
(2) Ureters.
(3) Urethra.
(4) Vagina.

البروستاتة[1] والقضيب[2] لتنتهي بفتحة في مقدمته، وعندما تفرغ المثانة من البول، تسمى هذه العملية بعملية التبول[3]، وهي إخراج البول إلى خارج الجسم عن طريق قناة مجرى البول (Cancer.Org. What you need to know about Bladder Cancer, 2001).

ويتكون جدار المثانة البولية من أربع طبقات، كما يلي:

أ- طبقة الخلايا الانتقالية[4]، وهي لا تبطن فقط المثانة البولية، بل تمتد لتبطن الكلية والحالب والقناة البولية، ولهذه الخلايا القدرة على التمدد والانكماش، ومن ثم تعطي إحساس بالحاجة إلى التبول في حالة التمدد.

ب- ويوجد أسفل الطبقة السابقة طبقة رقيقة من تجمع نسيجي تسمى بالطبقة الحرشفية[5].

ج- ثم الطبقة الأعمق، وهي عبارة عن نسيج عضلي.

د- وتغلف المثانة بطبقة خارجية عبارة عن نسيج دهني يفصل المثانة عن باقي الأعضاء الأخرى القريبة منها((Cancer.Org. What Is It?,2000)).

هذا عن وصف المثانة وتكوينها، والذي يوضح دورها ووظيفتها الحيوية التي تقوم بها، ألا وهي حفظ البول لفترات طويلة((Ghallab,1995,pp.124-125)).

وصف طبيعة المرض(أورام المثانة البولية):

مقدمة:

ترجع بدايات اكتشاف هذا المرض إلى الأزمنة القديمة، حيث توفرت الأدلة المؤكدة على أن البداية المسجلة لوصف هذا المرض وتحديد خصائصه تعود لقدماء المصريين، ولم يكتف القدماء بوصف هذا المرض، بل أكدوا أن هناك أسباباً متعددة للإصابة بالمرض تأتي على رأسها عدوى البلهارسيا((Badr, 1983,pp.2-3)).

(1) Prostate Gland.
(2) Penis.
(3) Urination.
(4) Transitional Cells.
(5) The Lamina Propria.

ويحظى هذا المرض ـ نظراً لخطورته على صحة الإنسان ـ اهتمام كثير من المؤسسات العلمية والطبية، ويتركز اهتمام الباحثين على كشف أسبابه، تمهيداً للبحث عن عوامل الشفاء منه. كما تؤكد الدراسات والأبحاث إلى أن ازدياد انتشار هذا المرض لا يرجع فقط لعوامل وراثية أوجينية، بل يرجع كذلك إلى عوامل مرتبطة بالبيئة والغذاء، والتي لها تأثير واضح على انتشار هذا المرض (American Cancer Society,2000,p.6).

ويرى الباحثون أن أول خطوة لوصف هذا المرض، هي تقديم تعريف محدد ودقيق له، تمهيداً لفهمه والإحاطة بالأسباب المؤدية له.

التعريف

اشتق اللفظ الإنجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما"[1] أي "السلطعون البحري"، وهو حيوان يتسم بضخامة في وسط جسمه، وامتداد مخالبه، وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض. ولم يستطع الأطباء وضع تعريف محدد لمرض الأورام السرطانية حتى العشرينيات من القرن العشرين، ولكن مع تقدم العلم أمكن لبعض الباحثين وضع تعريفات لهذا المرض مرتبطة بالأبحاث الخاصة بهم. فقدم "أيونج" Ewing تعريفاً بسيطاً لمصطلح السرطان بأنه "نماء[2] ذاتي نسبي للنسيج"، ويقتصر الأطباء على استخدام مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة. وأضاف "جبرائيل"(١٩٨٣) أن مرض الأورام السرطانية اسم يطلق على كل الأورام التي لها ميل إلى الاستمرار أوإلى النمو، والتي تهلك الأنسجة السليمة، ولها صفة المعاودة بعد فترة قد تطول قليلاً أوكثيراً(وسام العثمان، ١٩٩٥، ص١).

فالسرطان ـ طبقاً للمراجع الطبية – لا يعد مرضاً واحداً، بل هو مجموعه من الأمراض تحدث من خلال تغير في الخلايا الجسمية، وتسبب نمواً غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أوكومة، وبالتالي يُعرف مرض الأورام

(1) Carcinomas.
(2) Neoplasm.

السرطانية بأنه "ورم ناتج عن تحول أوتغيير يصيب الخلايا البشرية"، والورم[1] هو "كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث و غير طبيعي" (Halford, Scott & Smythe,2000,p.137).

وتنقسم الأورام إلى نوعين هما:

- **الأورام الحميدة**[2] وتتميز ببطء نموها وبأنها محاطة من الخارج بغلاف يحددها تحديداً واضحاً عن الأنسجة المحيطة بها.
- **والأورام الخبيثة**[3] وهي أشد خطورة من الأورام الحميدة، وتتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر، وقد تبلغ حجماً كبيراً في وقت قصير، وهي غير مغلفة من الخارج بأي غلاف، ولذلك فإن نموها يكون غير محدد. وتستطيع هذه الخلايا المكونة للورم الانتشار والانتقال إلى أجزاء أخرى في جسم الإنسان لتكون أوراماً ثانوية[4] وتسمى هذه العملية بعملية الانتشار[5]، وعندما ينتشر المرض من مكان لأخر، يسمى بالجزء الذي بدأ منه، فإذا بدأ المرض في الثدي ثم انتشر إلى الرئة فيسمى بسرطان الثدي (Cancer.Org. Basic Facts, 2000 ; National Cancer Institutes,1998,pp.5-7).

ويعرف كل من "بير" Bear و "سميلتزر" Smeltzer(١٩٩٢) أورام المثانة السرطانية بأنها "نمو شاذ لمجموعة من الخلايا داخل نسيج المثانة البولية، ويؤدي إلى مشكلات خطيرة"(Mohmed,1998,p.9).

حيث يبدأ هذا المرض على مستوى الخلية بتغيير بسيط في عملها وطريقة التحكم فيها، ثم يتطور الورم عن طريق نمو وانقسام خلية واحدة على حساب خلايا أخرى، وفي هذه المرحلة يمكن رؤية الورم ميكروسكوبياً، ويزداد الورم في الحجم

---

(1) Tumor.
(2) Benign.
(3) Malignant.
(4) Metastases.
(5) Metastasizing.

وينتشر إلى أعضاء أخرى بعيدة عن المثانة. ولمزيد من فهم هذا المرض، نرى من الضروري إلقاء نظرة على الأسباب المؤدية للإصابة بهذا المرض.

أسباب انتشار المرض:

وعلى الرغم من عدم وضوح العوامل المسببة لأورام المثانة، فإن هناك بعض العوامل المهيئة للإصابة، فتزيد هذه العوامل - عند توافرها - من استهداف الفرد للإصابة بالمرض، وتنحصر هذه العوامل في فئتين:

- الالتهاب المزمن[1] .
- العوامل الكيميائية[2] .

الالتهاب المزمن:

تعد هذه الالتهابات هي ناتج مباشر لعدوى البلهارسيا (الشيستوسوما)[3] ، والتي ترتبط بشكل جوهري مع الإصابة بأورام المثانة البولية سواء أكان عند الإنسان أم الحيوان. ويعد "فيرجيسون"(١٩٠٧) أول من أشار لهذه العلاقة، ومنذ هذا الوقت تسعى الأبحاث والدراسات لتفسير هذه العلاقة، والتي ينتج عنها الإصابة بأورام المثانة البلهارسي[4] والمنتشرة في أفريقيا وآسيا (Ismail,1971,p.42)). وتعد مصر من الدول ذات المعدلات المرتفعة في عدوى البلهارسيا، والتي يرجع اكتشافها إلى العالم الألماني "بلهارز" Bilharz(١٨٥٢)، حيث وجد . أثناء عمله في مصر . كميات كبيرة من بيض البلهارسيا في بول الإنسان، والتي تصيب الفرد بالتهاب المثانة(فؤاد خليل وآخرون، ١٩٨٢، ص٢٩٥). ويرى العلماء أن البلهارسيا تعد من العوامل المهمة للإصابة بأورام المثانة في مصر.

ويوضح الجدول الآتي (١- ١) نسب انتشار الإصابة بالبلهارسيا في محافظات مصر المختلفة:

(1) Chronic Irritation.
(2) Chemical agents.
(3) Bilharzia (Schistosoma).
(4) Bladder Cancer Association with Schistosomiasis.

المحافظة	العينة	نسبة الإصابةبالبلهارسيا
قنا	١٧,٨٢٢	٧,٧٨٪
أسيوط	١٤,٢٠٤	٥,٢١٪
المنيا	١٦,٤٣٣	٨,٨٩٪
الفيوم	٧,٧١٠	١٣,٦٩٪
المنوفية	١٠,٨٩٩	٠,٤٤٪
الغربية	١٤,٣٤٤	٠,٢٦٪
كفر الشيخ	١٨,١٨٦	٠,٤٥٪
الإسماعيلية	١٢,٧٣٤	١,٨٠٪

(Khalifa, El-Ghamrawy, El-Serafi & Khalid, 2001,p.2(

وتعيش ديدان البلهارسيا في الإنسان داخل الشعيرات الدموية المكونة للشبكة الوريدية للمثانة البولية والحوض، كما توجد في الأوعية الدموية البابية، وهي تتغذى من الدم(تراس ستورر، وآخرون، ١٩٩٦، ص ص١٨٢- ١٨٣ :مترجم).

وتسبب عدوى بلهارسيا المجاري البولية خروج دم في البول، ويصاحبه ألم شديد، ويعوق مرض البلهارسيا النمو الجسمي والعقلي وينقص قدرة المرضى على العمل ويعرضهم لأمراض خطيرة منها تليف الكبد وتضخم الطحال، ونتيجة استمرار وتكرار هذه العدوى البكتيرية الناتجة عن مرور بيض البلهارسيا في المثانة البولية، يتطور الأمر ويؤدي إلى تكوين أورام سرطانية في المثانة (كليفلاند هيكمان: لاري روبرتس؛ فرانسس هيكمان، ١٩٨٨، ص١٩٥ : مترجم).

العوامل الكيميائية:

الأخطار الصناعية[1] :

يعد الجراح الألماني "رين" Rehn(١٨٩٥) أول من اكتشف وجود ارتباط بين العمل في الصناعات الكيميائية والإصابة بأورام المثانة، ثم توالت الأبحاث التي أكدت أن للمواد الصناعية أوللصبغة المستخدمة في الصناعات دور أساسي في نشأة

(1) Industrial hazards.

المرض، واقترح تسمية هذا المرض بمرض أورام الصبغة[1] - (El- Aaser, & El - Merzabani,1983,p.40). وتنتشر أورام المثانة بشكل واسع في المجالات الصناعية، فوجد ارتباطاً بين مادة(4-ABP)) وهي من أكثر المواد استخداماً في الصناعات الكيميائية والإصابة بأورام المثانة، كما أكتشف أن مادة 2-naphthylamine))، ومادة 4,4diaminobiphenyl))، ومادة 4-nitrobiphenyl)) - من أكثر المواد المكونة للصبغات - ترتبط بشكل جوهري بالإصابة بأورام المثانة عند الإنسان(Ismail,1995,p.40)).

العقاقير[2] :

هناك عامل آخر كيميائي يساهم في نشأة وتطور أورام المثانة، وهو العقاقير المستخدمة في علاج المرضى، ومنها العقاقير المحتوية على مادة الفينستين[3] ' حيث اتضح دورها في تكوين هذه الأورام، خاصة في المثانة البولية، والحالب، والقناة البولية، هذا بالإضافة لبعض العقاقير المستخدمة ضد الورم السرطاني[4] ، مثل Vincristine, Nitrogen Mustard, Procarbazine, Chlorambucil, Prednisone، وغيرها من العقاقير التي تزيد من فرصة نشأة هذه الأورام السرطانية في المثانة (El-Aaser et al.,1983,pp.44-45).

الطعام[5] :

أكد "باموكو" Pamukcu (١٩٧٩) أن الطعام يعد من العوامل المساهمة في تكوين هذه الأورام، وخاصة عندما يحتوى الطعام على مادة (Pteridium Aquilinum)، التي ثبت دورها في نشأة الأورام السرطانية، كذلك من المواد المساهمة في نشأة الأورام مادة(3,4-Benzpyrene)) المتكونة في الأطعمة المدخنة، ويؤدي احتواء الطعام علي كيماويات مثل السماد، أومواد حافظة مثل مادة Antioxidants، أومواد النكهة والرائحة مثل مادة Saccharin، وغيرها من المواد

(1) anline or dye – stuff.
(2) Drugs.
(3) Phenacetin – Containing Drugs.
(4) Anti – Cancer Drugs.
(5) Food.

المضافة للأطعمة، إلى الإصابة بأورام المثانة البولية (Badr, 1983,p.25; Rubben, Lutzeyer & Wallace,1985,pp.11-12).

التدخين[1] :

أكدت أغلب الدراسات وجود ارتباط جوهري بين التدخين وأورام الرئة السرطانية، الا أننا نجد "هولستي" Holsti يؤكد إصابة الفئران بأورام المثانة بعد تعاطيهم للطباق لمدة خمسة شهور متتالية، وهذا من الأدلة الموحية بوجود ارتباط بين تدخين الطباق والإصابة بأورام المثانة. وأضاف "ليليان فلد" Lilienfeld من خلال متابعته لمرضي أورام المثانة لمدة عشر سنوات(١٩٤٥- ١٩٥٥) أن هذه العلاقة تتوقف على عدة عوامل، منها سن المريض وجنسه، وكمية التدخين، وكيفيته، وفترته. كما كشفت نتائج البحوث التي استهدفت تحليل بول المدخنين عن ارتفاع مادة **Hydroy Kynurenine**، ومادة Hydroy–Anthranilicacid، وانخفاض مادة N-**Methylnicotinamide**، وذلك بالمقارنة بغير المدخنين، وهى من المواد المسببة للإصابة بالأورام في المثانة (Bender, Gomes, Anderson & Abdullah,1994; Ismail, 1995,pp.44-45; Ismail, 1971,p.42).

هذا عن العوامل الكيميائية المساهمة في نشأة وتطور أورام المثانة، مما جعل بعض الباحثين يطلقون على هذه الأورام مسمى أورام المثانة الناتجة عن أسباب كيمائية[2] ، وهي النوع المنتشر في الدول الغربية(Badr, 1983,p18)).

ومن خلال استعراض أهم الأسباب المؤدية للإصابة بأورام المثانة السرطانية، بدت عدوى البلهارسيا على رأس قائمة العوامل المسببة الإصابة بأورام المثانة، خاصة في مصر(خليل وآخرون، ١٩٨٢، ص٢٩٥). وهذا ما أكدته معدلات الانتشار سواء على المستوى العالمي أوعلى المستوى المحلي.

---

(1) Smoking.
(2) The Chemically induced Bladder Cancer.

معدلات الانتشار:

لقد لوحظ ظهور مؤشرات دالة على تزايد معدلات انتشار مرض أورام المثانة السرطانية في أنحاء متفرقة من العالم سواء أكان في المجتمعات المتقدمة أم النامية، فعلي المستوي العالمي، تبين أن أورام المثانة تعد رابع أنواع الأورام السرطانية انتشاراً لدى الذكور، والسابع انتشاراً لدى الإناث، ففي سنة ١٩٩٩ تم تشخيص ما يقرب من تسعة وعشرين ألفاً وخمسمائة مريض ذكر(٢٩٥٠٠) بأورام المثانة، بينما شخصت حوالي أربعة عشر ألفا وتسعمائة مريضة أنثى (١٤٩٠٠) بالمرض نفسه. وبالتالي يعد الذكور أكثر عرضة للإصابة بمرض أورام المثانة من الإناث (Herr, Shipley & Bajorin, 2001,p.1396).

وأوضحت البيانات وجود تباينات جوهرية في معدل الإصابة بمرض أورام المثانة تبعاً للمناطق الجغرافية، وللجنس. ويوضح الجدول الآتي(١- ٢) النسب المئوية لانتشار مرض أورام المثانة السرطانية بين كل مائة ألف شخص، في بعض الدول من عام ١٩٨٣إلى عام ١٩٨٧ للجنسين:

الدولـــــة	النسب المئوية	
	ذكور	إناث
الولايات المتحدة	٢٣,٩	٥,٩
دنمارك	٢٦,٣	٦,٧
السويد	١٦,٩	٤,٦
اليابان	٨,٢	٢,٠

(Trichopoulos, Petridou, Lipworth & Adami, 1997,p.237)

ويتضح من الجدول السابق ارتفاع نسب الإصابة بأورام المثانة خاصة لدى الذكور، ويلاحظ أيضاً ارتفاع عدد المرضى المشخصين بالإصابة بهذا المرض

سنوياً، حيث قدرت الجمعية الأمريكية لمرضى الأورام السرطانية أن ما يقرب من عشرين ألف مريض يشخصوا سنوياً بأورام المثانة، من بينهم أثنى عشر ألفاً وستمائة مريض ذكر(١٢٦٠٠)، وسبعة آلاف وأربعمائة مريضة أنثى(٧٤٠٠) (Kaplan et al.,1993,p.247).

أما علي المستوي المحلي، فتبين أن هناك ارتفاعاً في معدلات الإصابة بالمرض في مصر، فقد أشارت إحصاءات معهد الأورام التابع لجامعة القاهرة إلى أن هناك تزايداً في أعداد مرضي أورام المثانة السرطانية منذ عام ١٩٧٠ وحتى عام ١٩٨٥، فبلغ حوالي اثنين وثلاثين ألفاً وثلاثمائة وخمسة مريضاً (٣٢٣٠٥) (العثمان، ١٩٩٥، ص ٢٠٧). ووصل عدد المرضى في عام ٢٠٠١ فقط حوالي ألفاً ومائتين وست وثمانين مريضاً (١٢٨٦)، أي بنسبة انتشار تصل إلى ١٢,٢٪ بين مرضى الأورام الأخرى، وكانت نسبة إصابة الذكور إلى الإناث حوالي ٣:١(إحصاءات معهد الأورام التابع لجامعة القاهرة:٢٠٠١).

ومن هنا يتضح أن أورام المثانة البولية تعد من الأمراض واسعة الانتشار لدى الذكور في مصر، وهذا ما أكدته بيانات وسجلات معهد السرطان، وهو الأمر الذي سبقت الإشارة إليه في وقت مبكر عام ١٩٠٧، أن أمراض المثانة البولية تعد من أكثر الأمراض انتشاراً وتكراراً في مصر عن باقي الدول.

ومع بداية الإصابة بالمرض، هناك بعض الأعراض التي يعتمد عليها الطبيب في التشخيص، أوعلى الأقل يبدأ في توجيه المريض لإجراء بعض الفحوصات الطبية اللازمة لتأكيد وجود المرض، من هذه الأعراض:

- وجود دم في البول (حيث يتغير لون البول من اللون الأصفر أوالبرتقالي الطبيعي إلى لون الأحمر الفاتح أولون الصدأ).
- ألم أثناء عملية التبول.
- الشعور بامتلاء المثانة باستمرار.
- الحاجة للتبول أكثر من المعتاد.
- الشعور بعدم الراحة.

- الإحساس بقلة كفاءة المثانة.
- حرقان شديد أثناء التبول.

(Cancer.Org. Bladder Cancer, 2001; Cancer.Org. Early or Low Stage (Bladder Cancer – A Review, 2001

ونظراً لأن وجود هذه الأعراض وحدها لا يكفي لتشخيص المرض، فإن الطبيب يحتاج إلى عمل عدة فحوصات للتأكد من وجود المرض من عدمه، وكذلك في حالة ثبوت وجوده، فإنه يحتاج إلى تحديد موضع الورم ومرحلة تغلغله، وبالتالي لمعرفة هذه الخطوات لابد من إجراء الفحوصات والاختبارات الطبية الدقيقة.

طرق التشخيص:

عند التشخيص لابد من معرفة التاريخ الطبي الكامل للمريض، لذا يسأل المريض عن صحته العامة، وعن العوامل التي يحتمل أن تكون وراء الإصابة بالمرض مثل البلهارسيا، أوالتدخين، أوالتعرض للمواد الكيميائية، ثم يوجه المريض لعمل سلسلة من الاختبارات التي تساعد الطبيب في معرفة ما إذا كان الورم موجوداً أم لا، وإذا كان موجوداً فما هو حجمه وموضعه ومرحلة تغلغله، من هذه الاختبارات:

١- **تحليل البول**[1] ، يعد من الاختبارات المهمة في اكتشاف الإصابة بأورام المثانة، حيث تحلل عينة من بول المريض لاكتشاف وجود الدم في البول.

٢- **أشعة بالصبغة على المسالك البولية**[2] ، ويساعد هذا الاختبار في تحديد مكان الورم، ويتم في هذا الإجراء استخدام الصبغة واشعة أكس(X)، فيحقن المريض بالصبغة في الوريد، وتتميز هذه الصبغة بسرعة إخراجها خلال الكليتين، وبالتالي يمكن تصوير الجهاز البولي باستخدام أشعة X لتحديد مكان الورم.

(1) Urinalysis.
(2) Intravenous Pyelogram.

٣- **منظار تشخيص المثانة**[1] ، وهو يمكن الطبيب من فحص الجدار الداخلي للمثانة، وتحديد مناطق الإصابة.

٤- **تحليل عينات**[2] من البول أونسيج المثانة لقياس كمية DNA في خلايا المثانة، وتعد هذه التحاليل مهمة خاصة في اكتشاف أورام المثانة التي قد تعود بعد العلاج.

٥- **استئصال جزء من الورم**[3] ، يستأصل عينة من جدار المثانة، ثم تفحص بشكل دقيق تحت المجهر لمعرفة ما إذا كان هناك أورام منتشرة أم لا.

٦- مجموعة أشعات أخرى مثل الرنين المغناطيسي(MRI) وأشعة CT، وهما يستخدمان لمعرفة ما إذا كان الورم انتشر في أجزاء أخري في الجسم أم لا في بعض الحالات.

هذه هي أهم الاختبارات والفحوصات المستخدمة في تشخيص وفحص أورام المثانة، والتي يعتمد عليها الطبيب لتأكيد التشخيص، وبالتالي تحديد مرحلة انتشار الورم، التي بمجرد معرفتهما يحدد أنسب العلاجات لحالة المريض.

(Cancer.Org.BladderCancer–Overview, 2001;Cancer.Org. Early or Low (Stage Bladder Cancer – A Review, 2001

المراحل:

ويقصد بالمرحلة[4] "العملية التي تحدد عمق الورم في العضو ومدى انتشاره في الأجزاء الأخرى من الجسم"، وتعد عملية تحديد المرحلة من الخطوات المهمة لاختيار العلاج الملائم للمريض ولتقدير مدى قابلية المريض للشفاء. وتتعدد الأنظمة المستخدمة في تحديد مرحلة تغلغل أورام المثانة، ويعد نظام TNM [5] المعروف باسم

(1) Cystoscopy.
(2) Cytometry Flow.
(3) Resection and Biopsy.
(4) Staging.
(5) Tumor – Node – Metastasis.

نظام لجنة الملتقى الأمريكي للسرطان[1] من أكثر الأنظمة استخداماً من قبل الأطباء، ويعطى هذا النظام ثلاثة مستويات من المراحل، هي:

- **المرحلة الأولى(T)**، وتصف مدى انتشار الورم داخل عضو المثانة، وتحتوي المرحلة على الأرقام من ١ – ٤، ويقصد بالرقم (١) انتشار الورم بدرجة صغيرة في جدار المثانة، أما الدرجة (٤) فيقصد بها انتشار الورم بدرجة كبيرة في المثانة.
- **المرحلة الثانية(N)**، تتدرج من الصفر – ٣، وتقدم للطبيب صورة عن مدى انتشار الورم في العقد الليمفاوية القريبة من المثانة، وإذا انتشر الورم في هذه العقد، فما هو حجم هذه العقد، وبالتالي تمثل الدرجة (صفر) انتشاراً قليلاً للورم، بينما تمثل الدرجة (٣) انتشار الورم بدرجة كبيرة جداً في الأعضاء القريبة من المثانة.
- **المرحلة الثالثة(M)**، وهي المرحلة الأخيرة في نظام المرحلة، وتعد أخطر مرحلة، حيث تعكس مدى انتشار الورم إلى أجزاء أخرى من الجسم بعيدة عن المثانة، أي انتشار الورم في العقد الليمفاوية البعيدة عن المثانة، وتمثل الأرقام من ١ – ٢ هذه المرحلة.

((Cancer.Org. Bladder Cancer – A Review, 2001

وتظهر أهمية تقدير درجة الورم وانتشاره عند تقديم العلاج المناسب لحالة المريض، والذي يختلف من حالة لأخرى حسب موضع الورم ومرحلته.

العلاج:

وبعد الانتهاء من الفحوصات والاختبارات المعملية اللازمة في التشخيص، يحدد الطبيب العلاج المطلوب بناء على عدة اعتبارات، منها مكان ومرحلة الورم، وكذلك يأخذ في الاعتبار عمر المريض وصحته. وهناك عدة أنواع لعلاج هذه الأورام

---

(1) American Joint Committee Cancer System.

الموجودة في المثانة، وبالرغم من قدرتها على تحقيق قدر من الشفاء للمريض، فهي تنطوي على بعض السلبيات.

وفيما يلي نتعرف عن أهم الأنماط العلاجية المستخدمة وما ينطوي عليه كل منها من إيجابيات وسلبيات:

(أ) العلاج الجراحي[1] :

يشمل هذا النمط من العلاج استئصال جزء من المثانة، أو إزالة المثانة كلها، وبالتالي فالجراحة تعتمد بشكل كبير على مرحلة تغلغل الورم، ومن أشهر الجراحات المستخدمة:

١- **جراحة(TUR)**[2] ، وتجرى هذه الجراحة خاصة في المراحل المبكرة من الورم، فيتم إدخال جهاز المنظار إلى المثانة عن طريق مجرى البول، وهو عبارة عن أنبوبة صغيرة تنتهي بسلك قاطع لاستئصال الورم أوحرقه باستخدام الطاقة الكهربائية العالية.

٢- **جراحة استئصال جزء من المثانة**[3] وفي هذه الجراحة يتم إزالة أوقطع جزء من المثانة المنتشر فيه الورم، ونظراً لأن الورم عادة ينتشر في أكثر من جزء من المثانة، فلن تستخدم هذه الجراحة إلا في الحالات التي يوجد بها الورم في جزء واحد فقط من المثانة.

٣- **جراحة استئصال المثانة كلها**[4] ، وتستخدم في حالة انتشار الورم في المثانة كلها، لذا لابد من إزالتها كلها قبل انتشاره لأجزاء أخري في الجسم.

٤- **جراحة الاستئصال الجذري للمثانة**[5] ، وهنا يتم استئصال المثانة والأنسجة المحيطة بها، فقد يستأصل بعض العقد الليمفاوية القريبة من المثانة، وفي الذكور تستأصل البروستاتة، وفي الإناث يستأصل الرحم والمبيض وقناة فالوب، وتتحدد الأجزاء المستأصلة حسب نشوء الورم فيها.

---

(1) Surgery.
(2) Transurethral Resection.
(3) Partial or Segmental Cystectomy.
(4) Cystectomy.
(5) Redical Cystectomy.

٥- **جراحة تحويل مجرى البول**[1] . يحتاج المريض إلى تغير مجرى البول عند إزالة المثانة، بمعنى أن البول لا يمر في المثانة، فلابد من وجود ممر جديد يمر فيه البول ليخرج خارج الجسم، ومن هذه الطرق:

- يستخدم الطبيب جزءاً من الأمعاء الدقيقة لعمل قناة يمر فيها البول خارج الجسم من خلال فتحة[2] في الجسم ويحتاج المريض لحافظة لتخزين البول، لذا يلصق على جسم المريض كيس لحفظ البول ولتخزينه، ويمكن إزالته عند عدم الحاجة إليه، وهذه الحافظة أوالكيس تكون أسفل الملابس بحيث لا يمكن رؤيتها، وتعد هذه الجراحة[3] مهمة في حالة استئصال المثانة وذلك لحفظ وتخزين البول، ثم التخلص منه خارج الجسم.
- وقد يستخدم الطبيب الأمعاء الدقيقة لعمل حافظة لتخزين ولتجميع البول داخل جسم الإنسان، وتسمى هذه الجراحة بخزان البول[4] ، كما تعد هذه الجراحة أفضل للمريض حتى لا يشعر بالحرج من الآخرين.

وبالرغم من أن نمط الجراحة يعد أفضل الأساليب المتاحة لعلاج أورام المثانة، فهو يحتوي على بعض التأثيرات الجانبية، مثل حدوث تسرب للبول داخل الجسم، و كما تسبب تأثيرات نفسية سلبية، وقصور في الوظيفة الجنسية (Cancer.Org. Bladder Cancer, 2001; Khalifa et al.,2001, p.11; National Cancer Institute,1995,p.10).

(ب) العلاج الكيميائي[5] :

يستخدم في العلاج الكيميائي العقاقير والأدوية لقتل الخلايا السرطانية، ويأخذ العلاج الكيميائي إما عن طريق الفم أوعن طريق الوريد، ويسمى بالعلاج النظامي[6] حيث يدخل الدواء بشكل منتظم داخل مجرى الدم، ويتجه العقار إلى الخلايا السرطانية الموجودة في المثانة. ويمكن إدخال العقار إلى المثانة البولية مباشرة

(1) Uninary Diversion.
(2) Stoma.
(3) Urostomy or Ostomy.
(4) A Continent Reservoir.
(5) Chemotherapy.
(6) Systemic Treatment.

- خاصة في المراحل المبكرة من المرض - وذلك بوضع الدواء من خلال القناة البولية وتسمى هذه الطريقة بالعلاج الكيميائي الداخلي[1] ، فيصل العقار إلى المثانة مباشرة دون غيرها من الأجزاء الأخرى في الجسم. وقد يتناول المريض العلاج الكيميائي بعد جراحة استئصال المثانة، وذلك لقتل أي خلايا سرطانية أخرى موجودة، أوربما يأخذ المريض العلاج الكيميائي قبل إجراء الجراحة، وذلك لتحسين نتائجها. وهناك عديد من العقاقير المستخدمة في علاج أورام المثانة، ومنها عقار Mitomycin – C، وعقار Adriamycin، وعقار Valster، وعقار Thio – Tepa، هذا بالإضافة إلى أنه يفضل تناول بعض الفيتامينات مثل أ ، ب، ج، د ، فهي تساعد على تقليل الانتكاس مرة أخري .وتعتمد الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي على كمية الجرعة، وطريقة تناولها ، والفترة الزمنية، وتتعدد الأعراض الجانبية من قبيل التهاب المثانة، والإسهال، وفقدان الشهية، والقيء، وسقوط الشعر، وقرح المعدة، وزيادة احتمالات الإصابة بالعدوى، ووجود اضطرابات في الكبد والمعدة (American Cancer Society, 1999,pp.10-11; National Cancer Institute, 1994,pp.4-5).

(ج) العلاج الإشعاعي[2] :

يستخدم العلاج الإشعاعي طاقة الإشعاع المكثفة لقتل أولتقلص الخلايا السرطانية، ويأتي الإشعاع خارجياً باستخدام مواد مشعة خارج الجسم، ويستمر العلاج لفترة تمتد من ثلاثة إلى تسعة شهور، أما عن آثاره الجانبية فهي تتمثل في التهاب الجلد، والتعب، والتهاب المثانة، والغثيان، والإسهال (Cancer.Org. Types of Treatment, 2000).

(د) العلاج المناعي[3] :

ويهدف هذا النمط العلاجي إلى استخدام الآليات الدفاعية الطبيعية الموجودة في الجسم، حيث توجه هذه الآليات لمحاربة ولقتل الخلايا السرطانية في المثانة، وقد يستخدم بعض المواد المعملية لحفز جهاز المناعة لاستخدام آلياته ضد المرض، ويسمى

(1) Intravesical Chemotherapy.
(2) Radiation therapy.
(3) Immunotherapy.

بالعلاج الحيوي(البيولوجي)[1] . وبالرغم من محاولة استخدام المناعة الجسمية، هناك بعض الأعراض الجانبية المشابهة لأعراض الأنفلونزا، أوالشعور بالحرقان في المثانة، أو ارتفاع الحرارة التي لا تستجيب إلى مخفضات الحرارة.

(هـ) العلاج الضوئي[2] :

وهو نوع جديد من العلاجات المتوفرة لعلاج الأورام، ويتميز باستخدام الضوء والعقاقير معاً لقتل الخلايا السرطانية، فتجعل العقاقير الخلايا السرطانية أكثر حساسية للضوء المسلط على المثانة، مما يؤدي إلى احتراقها، ويفيد هذا العلاج مرضى المراحل المبكرة من المرض. حيث يؤدي حقن الخلايا بعقاقير HPD إلى جعل الخلايا أكثر استعداداً لامتصاص الضوء، ويقوم الضوء بتحويل جزيء الأكسجين داخل الخلايا إلى أكسجين ذري، يؤدي إلى تدمير الخلية السرطانية، علماً بأن الخلايا السرطانية لها قابلية امتصاص مادة HPD أكثر من الخلايا الطبيعية، لذا تتعرض الخلايا السرطانية لنسبة أعلى من الضوء.

(Cancer.Org. Bladder Cancer, 2001; Cancer.Org. Cancer –Overview, 2001)

هذا عن أهم العلاجات المستخدمة في علاج أورام المثانة البولية، والتي قد تؤخذ إما بشكل جمعي أوبشكل فردي، ويتوقف ذلك على حالة المريض الصحية وعمره و مرحلة الورم، ولكن يبقى أن نؤكد أن العلاج الأول في مصر لأورام المثانة هو العلاج الجراحي، لمقدرته على التخلص بشكل نهائي من الأورام قبل انتشارها في أجزاء أخرى من الجسم، ثم يتبعه العلاج الإشعاعي لضمان التخلص من الخلايا السرطانية التي مازالت موجودة، حتى بعد العلاج الجراحي.

وبعد هذا العرض الواصف لهذه الفئة المرضية، يتبقى لنا أن نحصر أهم مصادر المشقة المرتبطة بها، بدءاً بأعراض هذا المرض، ومروراً بإجراءات التشخيص، ووصولاً إلى العلاج الطبي الموصوف لها، لذا كانت الحاجة قوية لتقديم

(1) Biological Therapy.
(2) Photodynamic Therapy.

هذا العرض الطبي لهذه الفئة المريضة، كذلك لنستخلص في النهاية أسباب اختيارنا لهذه الفئة السرطانية، دون غيرها من الفئات الأخرى.

مصادر المشقة المرتبطة بهذه الفئة المرضية:

نظراً لتعدد مصادر المشقة التي يعانيها مرضى أورام المثانة البولية منذ بداية المعاناة من المرض، ومروراً بالتشخيص وخطواته، ووصولاً إلى العلاج، وما يترتب عليه من آثار جانبية، فنرى أنه من الأفضل تقسيمها إلى:

١- **المشقة الجسمية**(١) : يصاحب المرض منذ بدء مجموعة من الأعراض، التي تسبب للمريض الشعور بالمشقة، كالحرقان أثناء عملية التبول، ونزول الدم في البول، وفقدان الوزن الشديد، والشعور بالألم والوهن، وغيرها من الأعراض التي تفوق قدرة المريض على التحمل.

٢- **المشقة المرتبطة بالتشخيص**(٢) : يعد التشخيص بأورام المثانة السرطانية بمثابة صدمة نفسية، مما يرتبط بالتشخيص من تغير في وظائف الجسم، وأسلوب الحياة. بالإضافة لارتباط كلمة " السرطان " بوصمة لدى المصريين، وبصدى سلبي لدى المرضى(نبيل حنا، ١٩٩٠، ص٣٢). وعندما يبدأ المريض رحلة التشخيص يمر بعدد من الإجراءات التشخيصية، التي في مجملها تعد مصدراً للمشقة لدى المريض.

٣- **المشقة المرتبطة بالعلاج**(٣) : بعد رحلة التشخيص يخضع المريض لفترة علاج مستمرة، ومتكررة من حين لآخر، وأثناء خضوعه لمرحلة العلاج، نجده يعاني أعراضاً وآثاراً جانبية للعلاج، وما يترتب على العلاج من تغير مسار البول، وبالتالي فقدان القدرة على التحكم في عملية التبول، والتغيير في عادات التبول، وما يصاحبها من شعور بالحرج الشديد للمريض. ولا تتوقف المشقة المرتبطة بالعلاج على الأعراض المرتبطة به، بل يشمل كذلك تكاليف هذا

(1) Somatic Related Stress.
(2) Diagnosis Related Stress.
(3) Treatment Related Stress.

العلاج المرتفعة، والتي تشمل مصاريف طبية، ومصاريف غير طبية، كالانتقالات، والطعام، والملبس، مما يجعلها تفوق ميزانية المريض ذاته.

٤- **المشقة الاجتماعية**[1] : نتيجة التغيرات المصاحبة للتشخيص وللعلاج، كتغيير مسار البول، نجد المريض يميل إلى الانسحاب الاجتماعي، مما ينعكس ذلك على علاقاته الاجتماعية.

٥- **المشقة المرتبطة بالعمل**[2] : يترتب على الإصابة بهذا المرض، انخفاض في مستوى طاقة المريض، وبالتالي يعجز المريض عن الاستمرار في أداء وظيفته، مما ينعكس ذلك بالسلب على وظيفته.

٦- **المشقة الجنسية**[3] : يتطلب العلاج الجراحي استئصال كلي للمثانة، واستئصال البروستاتة، وبعض الأوعية الدموية، التي تؤثر بشكل كبير على عملية الانتصاب لدى الذكور، ويترتب عليه الإصابة بالعجز الجنسي، وبالتالي يشعر المريض بالكرب نتيجة العجز الجنسي، وعدم الجاذبية الجنسية.

٧- **المشقة النفسية**[4] : ونتيجة تعرض المريض لكل هذه المصادر المُشقة، نجده يستجيب لها ببعض الاستجابات النفسية مثل القلق، والاكتئاب، والعجز، والشعور بالوحدة النفسية، وفقدان الثقة بالنفس، وغيرها من الاستجابات النفسية التي تعد في ذاتها مصدراً للمشقة لدى المريض.

(Halford et al., 2000,pp.137-138; Mohamed, 1998,pp.1-5)

ونستخلص من عرضنا السابق لمرض أورام المثانة والعواقب المترتبة عليه، أهم الأسباب وراء اختيارنا لهذه الفئة المرضية للتركيز عليها في دراستنا الراهنة:

١- يعد مرض أورام المثانة من الأمراض المستوطنة داخل مصر، وذلك للأسباب التي سبق الإشارة لها، فهو مرض ليس حديث، بل يرجع اكتشافه إلي الأزمنة القديمة، وبالرغم من ذلك لم نجد إلا دراسات عربية محدودة تتناول هذه

(1) Social Related Stress.
(2) Work Related Stress.
(3) Sexual Related Stress.
(4) Psychological Reaction to Stress.

الفئة المرضية، بينما نجد أن أغلب الدراسات تتناول فئات أخرى لمرض الأورام السرطانية.

٢- يرى الباحثون أن أغلب الدراسات تركز على الأورام المرتبطة بالإناث، بينما الأورام المرتبطة بالذكور، فهي مهملة بحثياً، وذلك مع العلم بأن الخبرات تختلف باختلاف الجنس(Frederick & Cerami,2000,p.179)). لذا جاءت هذه الدراسة الراهنة كمحاولة للتركيز على نوع من الأورام المرتبط بالذكور، ألا وهو أورام المثانة السرطانية.

٣- ارتفاع نسبة الإصابة بهذا المرض على المستوى القومي بسبب عدوى البلهارسيا، وهذا ما أكدته إحصاءات معهد الأورام التابع لجامعة القاهرة، من وصول نسبة الإصابة إلى ١٢,٢٪ بين مرضى الأورام السرطانية، مع العلم أنه من المتوقع زيادة هذه النسبة إذا تم عمل مسح شامل لهذه العينة على مستوى الجمهورية، لذا جاءت الدراسة الراهنة كمحاولة للفت النظر لهذه الفئة المرضية دون غيرها من الفئات الأخرى لمرض الأورام السرطانية.

٤- يعتبر مرض أورام المثانة البولية أحد الأمراض السرطانية الأكثر انتشاراً بين الرجال في مصر، وهو ينتشر عادة بين المزارعين الذين يتعرضون للإصابة ببلهارسيا المجاري البولية.

٥- اتضح من العرض السابق مدى معاناة مرضى أورام المثانة منذ لحظة الإصابة بالمرض، ومروراً بإجراءات التشخيص، ووصولاً إلى مرحلة العلاج، وما يترتب عليها من أعراض جانبية. وبالتالي فنحن أمام شريحة كبيرة من مرضى الأورام السرطانية تستحق الاهتمام والرعاية من قبل الدارسين في كافة المجالات النفسية والاجتماعية والطبية.

ثانياً: أهداف البحث

تتلخص أهداف هذه الدراسة في الآتي:

١- حصر لأهم مصادر المشقة التي تواجه مرضى أورام المثانة السرطانية.

٢- دراسة متغير المواجهة بصفة عامة، والمواجهة لدى مرضى أورام المثانة بصفة خاصة، وذلك لتحديد أبعاده المختلفة باختلاف خصال الأفراد، وطبيعة مصدر المشقة.

٣- الكشف عن مدى فاعلية استخدام استراتيجيات المواجهة في خفض بعض الاختلالات النفسية، وبالتحديد قلق الموت، والعجز المكتسب، والتشاؤم، والمشقة النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية.

٤- الكشف عن مدى احتياج مرضى أورام المثانة لأنماط محددة من المساندة الاجتماعية، وبيان تأثيرها على بعض الاختلالات النفسية لدى المرضى.

٥- وضع بعض التوصيات والمقترحات الإرشادية النظرية لمواجهة مصادر المشقة لدى مرضى أورام المثانة، باستخدام كل من استراتيجيات المواجهة الفعالة، ونمط المساندة المناسب.

ثالثاً: المبررات العامة لهذا البحث

تبين من استقراء الإنتاج العلمي الخاص بكل من موضوع المواجهة، والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الأورام السرطانية، عدداً من المبررات التي شكلت الدوافع الأساسية لبحث هذا الموضوع، تدور هذه المبررات حول ثلاثة محاور أساسية نعرضها على النحو التالي:

- **أولاً:** التعارض بين نتائج الدراسات الخاصة بمفهوم المواجهة، وتحديد أبعاده التي وجد أنها تختلف من دراسة لأخرى، بتباين العينات المستخدمة.
- **ثانياً:** الندرة الواضحة في الدراسات التي تتناول بالبحث مفهوم المواجهة لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، وتتضح هذه الندرة سواء استقرأنا الإنتاج الفكري الأجنبي على اتساعه أم الإنتاج العربي المحدد نسبياً.
- **ثالثاً:** وينقسم المحور الثالث إلى شقين:
- **الجزء الأول:** يدور حول محاولة وضع بطارية جديدة من الاختبارات النفسية، يمكن أن تخدم مجال التشخيص والتقدير النفسي الإكلينيكي لأهداف البحث العلمي، ولأهداف تقييم برامج الإرشاد النفسي في مجال الرعاية النفسية الطبية لمرضى الأمراض المزمنة.

- **الجزء الثاني**: يتعلق بالاستفادة من النتائج في بناء برامج إرشادية قائمة على استخدام استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات سواء أكانت جسمية أم نفسية.

ملخص الفصل:

قدمنا في هذا الفصل عرضاً لأهمية الدراسة الراهنة، حيث ركزنا على إبراز دور كل من مفهوم المواجهة، ومفهوم المساندة الاجتماعية في منظومة المرض المزمن. ثم تحدثنا بشيء من التفصيل عن أهم المشكلات النظرية والمنهجية التي تواجه الباحثين عند دراسة مفهوم المواجهة، وختمنا هذا الجزء بنموذج نظري جامع لكل من مفهومي المواجهة والمساندة الاجتماعية معاً، لبيان دورهما الفعال في منظومة المرض المزمن.

ثم انتقلنا إلى عرض طبيعة هذا المرض المزمن، ألا وهو أورام المثانة السرطانية، والمصادر المشقة الرئيسة لدى مرضى أورام المثانة، والتي قد تفوق قدرة المريض على التوافق معها، وأعقبنا هذا العرض بأسباب اختيارنا لهذه الفئة المرضية على وجه الخصوص.

وقد خصصنا الجزء الأخير من هذا الفصل لعرض المبررات الرئيسة لإجراء الدراسة الراهنة وصياغة مشكلاتها، تمهيداً للعرض المفصل لمفاهيم الدراسة الراهنة، وبيان دورها في التصدي للمشقة النفسية الناتجة عن الإصابة بأورام المثانة السرطانية، وهذه هي مهمة الفصل التالي.

الفصل الثاني

مفاهيم استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية: إطار نظري مشترك

- مفهوم المواجهة.
- مفهوم المساندة الاجتماعية.
- نموذج نظري جامع للمفهومين معاً.

مقدمة:

يختص هذا الفصل بتقديم تصور نظري واضح للمفاهيم التي تعني بها الدراسة الراهنة، وذلك لتوضيح حدود ومعالم كل مفهوم عن غيره من المفاهيم النفسية الأخرى، وليكون هذا الإطار النظري ركيزة أساسية تنطلق منها عمليات تصميم بعض الاختبارات النفسية، التي تُجسِّد مفاهيم الدراسة الراهنة.

ويتضمن هذا الفصل تعريف كل من المفاهيم التالية:

- **أولاً:** مفهوم المواجهة.
- **ثانياً:** مفهوم المساندة الاجتماعية.

أولاً: مفهوم المواجهة

مقدمة

يعتبر مفهوم المواجهة[1] من المفاهيم ذات الأصول القديمة، والذي اهتم به كلٌّ من الفلاسفة والفنانين منذ آلاف السنين، فقد اهتم "أفلاطون" Plato - من خلال أعماله - بتقديم شرح للطرق أوللاستراتيجيات التي ينتهجها الأفراد للتعامل مع الأوقات والظروف العصيبة التي تمر في حياتهم، كذلك قدم "وليم شكسبير" W.Shakespear، وصفاً لاستجابات الأفراد للمواقف الضاغطة كالفقدان، والصراع، والأزمات، وغيرهم من المواقف الشاقة. وعلى الرغم من الاهتمام القديم بالمفهوم، فإن الاهتمام العلمي بهذا المفهوم يعد حديثا نسبيا، ويتضح ذلك من خلال الاختصاصي النفسي "تيلر" Tyler(١٩٧٠) الذي اهتم بوصف كيفية مواجهة الأفراد لمثيرات المشقة سواء أكانت داخلية أم خارجية (Pargament, 1997, pp.71-72)).

ومنذ ذلك التاريخ توالت الدراسات العلمية لمفهوم المواجهة باستخدام تصورات نظرية متعددة وطرق منهجية راسخة، وأدى تعدد التصورات النظرية إلى تعدد زوايا

---

(1) Coping.

النظر لهذا المفهوم. وعلى ذلك سوف نعرض في هذا الفصل لمجموعة من القضايا أهمها الآتي:

- أولاً: التعريفات المتنوعة لمفهوم المواجهة.
- ثانياً: الملامح المميزة له.
- ثالثاً: النظريات المفسرة لآثاره ودوره في حياتنا النفسية الاجتماعية.

أولاً: التعريفات المتنوعة لمفهوم المواجهة

تنوعت التعريفات النفسية لمفهوم المواجهة بتنوع زوايا النظر له، ورغم تعدد هذه التعريفات، نجدها تدور حول محور أساسي، وهو أن مفهوم المواجهة في الغالب يصف عملية التخلص من مصدر المشقة أوتخفيف وتقليل المشقة التي يواجها الفرد بكل أنواعها، ويمكن تصنيف هذه التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم المواجهة إلى عدة فئات هي:

أ- تعريفات تتعامل معه كاستراتيجية.
ب- تعريفات تتعامل معه كأسلوب.
ج- تعريفات تتعامل معه كاستجابة.
د- تعريفات تتعامل معه كمجهود.
هـ- تعريفات تتعامل معه كعملية.
و- تعريفات تتعامل معه كمحاولة.

وسنعرض الآن بعض الأمثلة لكل فئة من الفئات الست السابقة.

(أ) المواجهة بوصفها استراتيجية: ومن هذه التعريفات نجد تعريف "لويس" Lois(١٩٦٢) بأن مفهوم المواجهة هو "الاستراتيجيات التي يتبناها الفرد لمعالجة التهديد" (Lazarus,1966,p.151). وبالمثل نجد "الدوين" وآخرين(١٩٨٧) يشير إلى مفهوم المواجهة بأنه "الاستراتيجيات المستخدمة لمعالجة المشكلات الفعلية أوالمتوقعة، وما ينتج عنها من انفعالات سلبية" (Aldwin & Revenson,1987,p.337).

(ب) المواجهة بوصفها أسلوباً: يُعرف "موس"Moos وآخرون(١٩٩٣) هذا المفهوم بأنه "الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي ويوظفها في التعامل الإيجابي مع مصدر القلق أوالحدث المثير للمشقة النفسية أوالحدث الصدمي"(محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٠). كذلك عرف "تيلور" وآخرون(١٩٩٣) مفهوم المواجهة بأنه "الأساليب التي يستجيب بها الفرد للأحداث المثيرة للمشقة" Taylor & Aspinwall,1993,p.511).

(ج) المواجهة بوصفها استجابة: يرى كل من "سكولر"Schooler و "بيرلين" Pearlin(١٩٧٨) مفهوم المواجهة بأنه "أي استجابة يقوم بها الفرد في مواجهة مواقف الحياة الخارجية، وذلك لتجنب المشقة النفسية أولمنعها أوالتحكم فيها". وبالمثل تُعرف المواجهة بأنها "كل الاستجابات التي يبذلها الفرد لمواجهة النواتج الضارة، وتشتمل هذه الاستجابات على جوانب معرفية ووجدانية وسلوكية" Through: Pargament, 1997,p.85)). بينما يُعرفها "سولس"Suls وآخرين(١٩٩٣) بأنها "أنماط الاستجابات التي يقوم بها الفرد، سواء أكانت مضمرة أم ظاهرة، لمنع أو لتخفيف ظروف المشقة"(Suls & David,1996). أما "هوبفول"(١٩٩٨) فيعرف مفهوم المواجهة بأنه "الاستجابات التي يوظفها الفرد لغرض تقليل الضغوط الصادرة من مصادر المشقة"Hobofoll,1998,p.120)). كذلك نجد تعريف "بالمير" و"درايدن" لمفهوم المواجهة بأنه "الاستجابات والمعارف المتبناة من قبل الفرد لمواجهة المشقة، والتي صممت لمعالجة أوللتعامل مع المواقف المثيرة للمشقة ونواتجها"Palmer & Dryden,1996,p.117)). وأخيراً، يعرف مفهوم المواجهة بأنه "الطرق المتعددة التي تمثل استجابات الفرد للتصدى لموقف المشقة، وهذه الاستجابات إما أن تكون محاولات للتخلص من المطالب الخاصة بموقف المشقة أوتكون محاولات للتخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن موقف المشقة"Kazdin, 2000,v.2, p.300)).

(د) المواجهة بوصفها مجهوداً: فيعرف "مينينجر" Menninger(١٩٦٣) مفهوم المواجهة بأنه "المجهودات الطبيعة المنظمة لمواجهة طوارئ الحياة اليومية"Pargament,1997,p.85)). أما "لازاروس"(١٩٦٦) فيشير إلى مفهوم المواجهة بأنه "المجهودات الموجهة نحو الأحداث أونحو الانفعالات لتدبر مطالب

البيئة والصراعات بينهم، من خلال التحكم أوالتقليل أوالتحمل أوالتقليص"(Lazarus,1966,p.208)). ويقدم "فولكمان"(١٩٨٤) تعريفاً للمواجهة بأنه "المجهودات السلوكية والمعرفية المبذولة لتدبر المطالب الداخلية والخارجية، التي يتم إدراكها بصورة تفوق مصادر الفرد" (Folkman,1984)). أما "دانتزر"(Dantzer,1993,p.69)) فيعرفه بأنه "المجهود المبذول لحل المشكلات المرتبطة بمطالب الفرد الداخلية والخارجية، والتي يدركها الفرد كمصدر للتهديد". وبالمثل يعرف مفهوم المواجهة بأنه "المجهود المبذول لتدبر وتقليل التأثير السلبي للمشقة"(Skevington,1995,p.210)).

(هـ) المواجهة بوصفها عملية: عرف "فريدمان" Friedman(١٩٦٣) مفهوم المواجهة بأنه "العملية المتبناة من قبل الفرد لمواجهة مهددات البناء النفسي، وذلك ليستطيع الفرد من خلالها القيام بوظائفه بشكل فعال". أما "ميرفي" Murphy (١٩٧٤) فيعرفه بأنه "العملية التي تشمل المجهودات المبذولة من قبل الفرد، والتي تتجه إما نحو حل المشكلة، أونحو تنظيم الاستجابات والتحكم فيها"(Through: Pargament,1997,p.85)). ويشير "سارافينو" إلي مفهوم المواجهة بأنه "العملية التي من خلالها يسعى الفرد إلى تدبر التشتيت المدرك بين كل من مطالبه ومصادره في موقف المشقة النفسية"(Sarafino,1998,p.133)).

(و) المواجهة بوصفها محاولات: على سبيل المثال ينظر "إندلر" Endler وآخرون(١٩٩٨) للمواجهة بأنها "المحاولات التي يقوم بها الفرد لتغيير العوامل الخارجية والداخلية للمشقة النفسية أولتنظيمها، وقد تكون هذه المحاولات متوافقة أوغير متوافقة"(Endler, Summerfeldt & Parker,1998).

هذا عن أبرز التعريفات التي أوردها الباحثون لتعريف مفهوم المواجهة، وبعد استعراض هذه التعريفات، نلاحظ ما يلي:

١- استخدام مفهوم المواجهة بمعان متعددة، فيستخدمه بعض الباحثين بأنه استراتيجيات، ويوظفه بعضهم الآخر على إنه أساليب، ويعرفه بعضهم الثالث بأنه عملية، ......الخ.

٢- يؤكد الباحثون أن الغرض والهدف من المواجهة هو التخلص من المشقة، أوخفض الانفعالات الناتجة عنها.

ومن هنا يجدر بنا إثارة تساؤلين:

- ما أهم الملامح المشتركة بين المفاهيم المستخدمة في وصف المواجهة كاستراتيجية، وكأسلوب، وكاستجابة، وكمجهود، وكعملية، وكمحاولة؟
- ما التعريف الذي تتبناه الدراسة الراهنة لمفهوم المواجهة؟

الملامح المميزة لمفهوم المواجهة:

ومن استعراض هذه التعريفات السابقة لمفهوم المواجهة، يمكن استخلاص أهم المعالم المهمة التي تحدد السلوك الذي نعتبره استراتيجية للمواجهة، على النحو الآتي:-

١- أن استراتيجيات المواجهة يتبناها الفرد ذاته.

٢- وتتميز استراتيجيات المواجهة بالوعي من قبل الفرد، أي يستخدمها الفرد وهو واعي ومدرك لأهميتها.

٣- وتتميز بأنها سلوك مقصود وموجه غالبا لتحقيق عدد من الأهداف، والتي تؤدى في النهاية إلى خفض شدة المعاناة لدي المريض، والقيام بواجباته ووظائفه في البيئة بشكل فعال، أي كما كان قبل تعرضه لمصدر المشقة.

٤- وتخضع هذه الاستراتيجيات للتحكم من قبل الفرد، أي أنها قابلة للتغيير والتعديل.

٥- وتنشأ المشقة عن التباين بين مصادر الفرد والمطالب المدركة سواء الداخلية أم الخارجية.

٦- وتسعى هذه الاستراتيجيات إما إلى حل المشكلة على نحو مباشر، من خلال التخلص من المشقة بشكل نهائي، أوعلى نحو غير مباشر من خلال التحكم في الانفعالات الناتجة عن مصدر التهديد.

٧- وقد تكون هذه الاستراتيجيات مضمرة(كالتفكير الإيجابي في المشكلة) أوظاهرة(كالبعد عن مصدر التهديد).

٨- والتنوع في طرز الاستراتيجيات، فقد تكون ذات طابع معرفي كاستراتيجيات التخطيط[1] · أوذات طابع سلوكي كاستراتيجيات التحول السلوكي[2] ، أوذات طابع انفعالي كاستراتيجيات تفريغ (إخراج) المشاعر[3] ، أوذات طابع اجتماعي كاستراتيجيات طلب المساندة الاجتماعية[4] (Brehm, Kassin & Fein, 1999,p.519).

وتستخلص الدراسة الراهنة تعريفاً لمصطلح المواجهة بأنه "عملية تنطوي على الاستراتيجيات المتعددة التي توجه استجابات الفرد للتصدى لموقف المشقة المدرك، وهذه الاستجابات إما أن تكون في اتجاه الوفاء ببعض المطالب المدركة الخاصة بموقف المشقة أوفي اتجاه التخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن موقف المشقة".

ولمزيد من فهم هذا التعريف، نرى أنه من الضروري توضيح عدد من المفاهيم الواردة فيه:

- **مصطلح الاستراتيجيات**[5] : تشير الاستراتيجيات إلى استجابات الفرد وفقا لمتغيرات الموقف، ومن ثم نتوقع تعدد الاستراتيجيات نظرا لاختلاف مواقف المشقة التي يواجها الفرد.
- **مصطلح المطالب**[6] : يشير هذا المصطلح إلى المتغيرات التي يدركها الفرد على أنها مفروضة عليه في سياق معين يمثل مصدراً للمشقة مثل البيئة الفيزيقية أوالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، أوالأسرة، أوالإصابة بالأمراض أوإدراك أعراض المرض.

(1) Planning.
(2) Behavioral Disengagement.
(3) Venting Emotion.
(4) Seeking Social Support.
(5) Strategies.
(6) Demands.

- **مصطلح الإدراك**[1] : ويؤكد هذا المصطلح أهمية العمليات المعرفية لتحقيق المواجهة، فإدراك الفرد لخطورة الموقف يعد أكثر أهمية من الخطورة الفعلية للموقف((Dantzer,1993,p.69).

هذا عن تعريف مفهوم المواجهة الذي يميزه عن غيره من المفاهيم الأخرى المتداخلة معه، ولا يبقى لنا سوى عرض بعض النظريات التي اهتمت بمفهوم المواجهة كمفهوم مهم في مواقف المشقة، لذا نرى من الضروري تقديم عرض موجز لكل نظرية على حدة.

النظريات المفسرة لمفهوم المواجهة

هناك عديد من النظريات التي تعنى بمفهوم المواجهة، من حيث الدور الذي يسهم به كسلوك في التخفيف أوالتقليل من التوتر والقلق الناتج عن مصادر المشقة التي نواجهها في حياتنا. ولكل إطار أونظرية رؤية لهذا المفهوم قد تختلف في نواحي، وقد تتشابه في نواحي أخرى مع غيرها من النظريات، ومن أهم النظريات الأكثر شيوعا في تناول مفهوم المواجهة الآتي:

- (أ) نظرية "فرويد" في الشخصية.
- (ب) والنظرية الظاهرياتية (العمليات الإدراكية).
- (ج) ونظرية السمات الشخصية.

(أ) نظرية (فرويد) في الشخصية:

ترجع الأصول النظرية لمفهوم المواجهة في علم النفس إلى أفكار "فرويد" حول الشخصية الإنسانية والآليات الدفاعية[2] ، والتي قدمها "فرويد"Freud (١٩٢٠-١٩٣٦) وتلاميذه. ولكن قبل عرض هذه الآليات الدفاعية وإبراز معالمها ودورها المشابه لمفهوم المواجهة في معالجة الصراعات والضغوط، نجد إنه من الضروري

(1) Perceive.
(2) Psychodynamic Approach and Defense mechanisms.

تقديم عرض موجز لنظرية "فرويد" في الشخصية لفهم مصدر الصراعات والضغوط التي يواجهها الفرد وكيفية معالجته لها.

قسم "فرويد" (١٩٣٣) الشخصية الإنسانية إلى ثلاثة بناءات أومكونات وهي:

- **البناء الأول: الهو:** يختص بناء الهو[1] بكل ما هو موروث وغريزي، ويعد الهو أساس الشخصية ومصدر طاقة هذا النظام، حيث تسعى هذه الغرائز الهوية الناتجة عن مصادر حيوية وجسمية للإشباع من خلال مصدر خارجي، وذلك لتقليل التوتر الناتج عنها. وينتج التوتر وعدم الراحة مع زيادة هذه الطاقة الناتجة عن تنبيه داخلي، والتي لا يستطيع الهو تحمله، وبالتالي يبحث الهو عن الخفض الفوري لهذا التوتر دون اهتمام بقيم المجتمع ومعاييره، ويسمى هذا الميل نحو الإشباع الفوري بمبدأ اللذة[2] ، ويقسم "فرويد" هذه الغرائز إلى الغريزة الجنسية وغريزة الموت وغريزة العدوان، ومع محاولات الهو للإشباع الفوري للهو يتطور وينشأ الأنا.
- **البناء الثاني: الأنا:** يعتبر الأنا[3] هو الوصلة المباشرة مع العالم الخارجي، ويسعى الأنا لتحقيق التوازن بين العالم الخارجي بمعاييره وضوابطه وبين عالم الهو الغريزي برغباته واندفاعاته . وهذه المهمة من وجه نظر " فرويد " من أصعب المهام، و يتحكم في وظائف الأنا مبدأ الواقعية[4] والذي يعمل على إشباع وتفريغ التوتر الناشئ عن الغرائز في ضوء ظروف بيئية واجتماعية وأخلاقية مناسبة.
- **البناء الثالث: الأنا الأعلى:** يعد الأنا الأعلى[5] بمثابة القاضي والحاكم على صحة الأشياء من خطئها، فهو يسعى إلى المثالية والمعايير والأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءاً من العالم الداخلي للفرد أثناء تطور الشخصية(Freud,1947,pp.19-44).

---

(1) Id.
(2) The Pleasure Principle.
(3) Ego.
(4) The Reality Principle.
(5) Super Ego.

فبينما يطلب الهو المتعة الفورية، ويختبر الأنا الواقع، ويطلب الأنا الأعلى الكمال، من هنا ينشأ الصراع[1] الناتج عن التفاعل المستمر والصدمات المتتالية بين هذه المكونات الثلاثة، وتسمى هذه التفاعلات بمصطلح الديناميات[2] . ومن خلال سعى الهو إلى الإشباع الفوري لرغباته العاكسة لطبيعة الإنسان، تؤدي هذه الرغبات الموروثة إلى تصادم بين الفرد والبيئة، حيث لا تسمح البيئة بمعاييرها وأخلاقها عن هذا الإشباع، وبالتالي لا يرضى الأنا، وكذلك الأنا الأعلى، وينتج عن هذا الصراع القلق.

وقد ميز "فرويد" (١٩٣٣) بين ثلاثة أنواع للقلق، وهي:

أ- القلق العصابي، وينتج القلق العصابي[3] من المشاعر الناتجة بسبب الخوف من العجز عن السيطرة على هذه الرغبات، أوبسبب التصرف بطرق غير مشروعة قد تعرضه للعقاب.

ب- القلق الأخلاقي، ينشأ القلق الأخلاقي[4] عن شعور الفرد بالجرم والذنب من التصرفات والدفعات الغريزية غير المقبولة، التي يشعر الفرد بأنه يفعلها أوحتى يفكر فيها.

ج- القلق الواقعي، يشتق القلق الواقعي[5] من القلق العصابي والقلق الأخلاقي، وهو الخوف من الأخطار الواقعية في العالم الخارجي، حيث يدرك الأنا الخطر الموجود في البيئة، ومن ثم ينشأ القلق الواقع (Viney & King,1993,pp.377-378).

ولأن القلق يسبب الألم، فإن الفرد يسعى إلى تقليل هذا الألم بأسرع ما يمكن، لذا يلجأ لاستخدام ما يسمى بالآليات الدفاعية التي تعمل كوسيلة لإخفاء هذه الصراعات المؤلمة.

(1) Conflict.
(2) Dynamics.
(3) Neurotic Anxiety.
(4) Moral Anxiety.
(5) Reality Anxiety.

وقد حدد "فرويد" استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة ومعالجة مصادر المشقة الداخلية، وهى الصراعات الجنسية والعدائية، بينما اتجه نظر "أدلر" Adler(١٩٣٠) ليقتصر استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهه مصادر المشقة الخارجية والتهديدات البيئية، ثم قدمت "أنا فرويد"(١٩٣٦) رؤية تجمع بين التوجهين معاً، حيث أشارت إلى أن الآليات الدفاعية تستخدم في مواجهة كل من المهددات الداخلية والمهددات الخارجية(Snyder & Dinoff,1999, p.7).

هذا عن القلق الناجم عن الصراعات المثيرة للمشقة النفسية التي يتعرض لها الفرد من منظور نظرية "فرويد" في الشخصية، أما عن الآليات الدفاعية التي يقدمها الأنا لتحقيق التوافق بين الهو والأنا الأعلى، فهي تتمثل فيما يأتي:

١- **الكبت**، ويقصد بالكبت[١] في نظرية "فرويد" في الشخصية بأنه "نمط خاص من الإنكار"(Freud,1942,p.45)، ويعرفه "وايت" White(١٩٦٤) بأنه "نسيان أوطرح الذكريات المؤلمة أوالمهددة من الشعور، ويحدث الطرح في مواجهة الدفعات الفريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية وأخلاقية، فيسعى الكبت إلى كف الدفعات المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور"(Mischel,1999,p.45).

٢- **الإنكار**، استخدم "فرويد" الإنكار[٢] ليصف الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع(Fine,1990,p.300)، بالإضافة إلى أن هذه الآلية تحدث عندما لا يستطيع الفرد الهروب أومواجهة مصدر التهديد، خاصة عندما يكون مصدر الألم مؤلماً بدرجة كبيرة، فأفضل خيار له هو إنكار هذا الألم(Cloninger,1996,p.209).

٣- **الإسقاط**، ومن خلال آلية الإسقاط[٣] ، يحاول الفرد الذي تسيطر عليه مشاعر القلق غير محتملة إلى كبت أوكف هذا القلق من خلال عزوه إلى فرد

---

(1) Repression.
(2) Denial.
(3) Projection.

آخر . فعلى سبيل المثال . يحول الفرد مشاعر الغضب أوالكراهية إلى فرد آخر، مما يؤدي إلى تقليل التوتر لديه(Sappenfield,1956,pp.327-328)).

٤- **التثبيت والارتداد**، ومن خلال آلية التثبيت و الارتداد[1] يثبت الفرد على واحدة من مراحل التطور بسبب أن المرحلة التالية لها محملة بالقلق والتوتر، ويحدث التثبيت لدي الطفل لكي يحمي نفسه من القلق بسبب تعلمه الاستقلال والاعتماد على نفسه في المرحلة القادمة. أما مفهوم الارتداد، فهو قريب من معنى التثبيت، ولكن في حالة الارتداد يرجع الفرد إلى المرحلة السابقة من مراحل التطور عندما يواجه بخبرات صدمية. فقد يلجأ الطفل الخائف من المدرسة إلى تصرفات ناتجة عن مراحل تطور سابقة، مثل البكاء والصراخ والاختفاء في الغطاء (Hall, Lindzey & Campbell, 1988, p.50)).

٥- **السمو**، يعد السمو[2] هو الحل الطبيعي للصراعات الناتجة عن الغرائز الهوية، ويقصد بالسمو "تحويل أوإبدال الطاقة من موضوعها، والذي يكون غالبا جنسي إلى موضوع آخر يكون مقبولاً اجتماعياً". فالطفل المهدد بالاستمناء، ربما يسمو أويحول هذه الطاقة الجنسية إلى شكل اجتماعي مقبول كالسباحة أوركوب الخيل(Fine,1990,p.314)).

٦- **التبرير**، ويعد التبرير[3] شكلاً آخر من أشكال الأليات الدفاعية، وهو محاولة تبرير المشاعر من خلال إعطاء تبريرات وأعذار، فالشخص الذي لا يطيق تصرفات زوجته، قد يرجع هذا الضيق إلى ضغط العمل وليس بسبب تصرفات زوجته (Mischel,1999,p.46)).

وبالإضافة إلى هذه الآليات السابقة، هناك آليات أخري متعددة، مثل آلية العزل[4] وهى الفصل التخيلي عن الموقف، وآلية تكوين رد الفعل وهى إبدال القلق الناتج عن الدفعات الهوية بشيء مضاد لهذا القلق، ويكون مقبولا اجتماعياً، وغيرهم من الآليات الدفاعية(Viney & King ,1993,p.379)).

---

(1) Fixation and Regression.
(2) Sublimation.
(3) Rationalization.
(4) Reaction Formation.

ولكن بعد عرض هذه الآليات الدفاعية، وتوضيح دورها في تقليل التوتر الناشئ عن مصادر المشقة، يثار تساؤل مهم وهو إلى أي مدى تعد هذه الآليات الدفاعية ممثلة لمفهوم المواجهة؟.

لعله يتضح من خلال العرض السابق نوع من الاتساق بين هذه الآليات الدفاعية . كما قدمها "فرويد" وتلاميذه – ومفهوم المواجهة، حيث يستخدم كلاهما لمواجهة ومعالجة الظروف والمهددات سواء الداخلية أم الخارجية، بهدف تخفيف أوتقليل أوإخفاء التوتر والقلق الناتج عن هذه الضغوط والمهددات.

وعلى الرغم من هذا الاتساق، فهناك بعض الخصائص التي تميز بين المفهومين. فالمواجهة يتميز بالمرونة، والواقعية، والمنطقية، والسماح بالتعبير عنه، والاختيار، والاتجاه نحو المستقبل، والوعي به، أما الآليات الدفاعية فهي على العكس من ذلك، تتسم بالتصلب، وتشويه الواقع والمنطق، وتغطي بالمشاعر التي تعوق السماح بالتعبير عنها، كما تتسم بالجبرية، والاتجاه نحو الماضي، واللاوعي بها – أي أن الفرد لا يكون مدركاً و واعياً بها عند حدوثها Haan,1977, p.34)).

من هنا يتضح أنه على الرغم من أن تلك الآليات الدفاعية تستخدم لتقليل التوتر والقلق، فهي ليست مكافئة تماماً لمفهوم المواجهة، هذا عن المواجهة كما تعكس بعض ملامحه الآليات الدفاعية لدى "فرويد" في الشخصية.

(ب) النظرية الظاهرياتية في العمليات الإدراكية:

قدم هذه النظرية "لازاروس" وزملاؤه (١٩٦٠) من خلال نظريتهم المعروفة بالعمليات التقييمية والتعاملات[1] ، وقد بدأت النظرية من خلال التسليم بتنوع استجابات الأفراد للمشقة، فعند تعرض الأفراد لأحداث تتعارض مع مستقبلهم، نجد بعضهم يقف كالعاجز، بينما يجمع بعضهم الآخر إمكاناته الاجتماعية والشخصية لمواجهة الحدث. ويبدو أن هذا التسليم يستند على معادلة معروفة مؤداها أن الاستجابة هي دالة للتفاعل بين متغيرات البيئة مع متغيرات الفرد (الكائن الحي)

(1) Appraisal / Transactional Processes.

(R=F(O x S، حيث يشير حرف (S) إلى المنبه أوالحدث أومصدر المشقة، أما(O) فيشير إلى متغيرات الكينونة، وهي كل ما يملكه الفرد من سمات شخصية وقدرات عقلية ومهارات اجتماعية، أما (R) فهي استجابة الفرد للحدث(Frydenberg,1999,p.11)). لذا حاول "لازاروس" وضع نظرية تحتوي على هذه المكونات التي توضح العلاقة الدينامية بين الفرد والبيئة، ولتفسر التنوع والاختلاف الظاهر بين الأفراد في استجابتهم لمصادر المشقة، حيث تبدأ مكونات النظرية من حدث المثير للمشقة، مروراً بعمليات الإدراك والتقييم، ومنتهياً بطرق المواجهة ونواتجها . وفيما يلي عرض لهذه المكونات كل منها على حدة.

مصادر المشقة:

وصف "لازاروس" و"فولكمان"(١٩٨٤) المشقة "بأنها العملية[١] التي تحتوي على مطالب البيئة من ناحية، والعلاقة بين البيئة والفرد من ناحية أخرى"، وأطلق على هذه العملية التي توضح التفاعلات المستمرة بين الفرد والبيئة بالتعاملات[٢] ، وهي عملية تعكس مدى التأثر والتأثير المتبادل بين الفرد والبيئة، وبالتالي تفسر لنا اختلاف الأفراد في مستوى درجة خبرتهم بمصدر المشقة(Folkman,1984)). كما تعكس هذه العملية أيضاً مدى ارتباط مفهوم المشقة مع مطالب البيئة، التي تدرك كضريبة تفوق قدرة الفرد على مواجهة هذه المطالب (Palmer & Dryden, 1996,p.116) .

وأشار "لازاروس" أن مصدر المشقة لكي يكون ذا تأثير قوي، فلابد أن يحمل في طيا ته مفهوم التهديد[٣] ، وقد وضع شرطين أساسين كمحك لتوفر خاصية التهديد في الحدث، وهما:

١. التوقع و التوجه للمستقبل.
٢. مساهمة العمليات المعرفية كالإدراك و التعلم والذاكرة والحكم و التقدير.

(1) Process.
(2) Transactions.
(3) Threat.

فعندما نشعر أن الموقف مهدد لنا، يعني ذلك أنه يحمل في طياته توقع الضرر[1] والأذى، بالإضافة إلى أن العمليات المعرفية تسهم بشكل كبير في إدراك الموقف كمصدر للتهديد وللضرر، ويتم تقدير توقع الضرر على أساس مقدار التصدي[2] للمنبه، فكلما كان الجهد المبذول للتصدي للمنبه مرتفعاً، زاد التوقع بالضرر (Lazarus.1966,p.31).

وتتنوع الأحداث المهددة من حيث النوع والدرجة، فمن حيث النوع، نجد – مثلا- المهددات الجسمية أوالألم أوالخسارة الاجتماعية أوفقدان المحبوب، وبالإضافة إلى ذلك، ما يترتب على الحدث من اضطرابات نفسية. أما من حيث الدرجة، فنجد بعض الأحداث شديدة التهديد، وبعضها الآخر ضعيف التهديد، وتتحدد درجة تهديد الحدث طبقا للضرر المتوقع، فكلما كان توقع الضرر مرتفعاً، فإن التصدي له يكون مرتفعاً، وبالتالي درجة التهديد تكون مرتفعة، ومن هنا يمكن وصف الأحداث على هيئة متصل حسب درجة الضرر المتوقعة(Ibid,p.43).

عملية التقييم:

وتسمى العملية المعرفية التي تسهم في معالجة الأحداث وإدراكها من حيث كونها مهددة أم لا، بعملية التقييم، وقد عرفها "جرينكر" Grinker و "سبيجيل" Spiegel(١٩٤٥) بأنها "نشاط عقلي يشمل الحكم، والتمييز، والاختيار، وتعتمد هذه العملية بشكل كبير على الخبرة الماضية للفرد". كذلك عرف "أرنولد" Arnold هذا المفهوم(١٩٦٠) بأنه "العملية المعرفية التي تتوسط بين المنبه أوالظرف والاستجابة الانفعالية، وهى عملية ضرورية لتقييم أهمية المنبه" (Ibid,p.43). ويعرفه "لازاروس" و"فولكمان"(١٩٦٦) بأنه "الآليات التي يستخدمها الفرد لإعطاء معنى لمواقف المشقة" (Lazarus & Folkman, 1988,p.466).

(1) Harm.
(2) Confrontation.

ويحدث الشعور بالتهديد من خلال إدراك الموقف، وإدراك التأثير الضار له، ويتأثر هذا الإدراك بالمعرفة السابقة للأفراد، وبالمعتقدات والقيم، فإدراك التهديد ليس بالإدراك البسيط لعناصر الموقف، ولكنه حكم واستدلال من الخبرات والتوقعات السابقة، وإذا ما تغيرت الخلفية المعرفية للفرد، سيدرك الفرد الموقف بشكل مختلف، وربما لا يصبح الحدث ضاراً أومهدداً له.

فعملية التقييم المعرفي هي عملية عقلية، تسعى لتحقيق هدفين، هما:

١- إدراك ما إذا كان الموقف أوالظرف مهدداً أم لا، وتسمى هذه العملية بالتقييم الأولي[1]

٢- حصر المصادر المتوفرة عند الفرد لمواجهة التهديد المدرك والتصدي له، وتسمى هذه العملية بالتقييم الثانوي(Taylor,1995,p.71).

. عملية التقييم الأولي(المبدئي):

تهدف هذه المرحلة إلى تقديم معنى للموقف أوللحدث الذي يتعرض له الفرد، ويساعد على تقديم هذا المعنى خبرة ومعرفة الفرد السابقة. وعرف "فولكمان" (١٩٨٢) التقييم الأولي بأنه "العملية التي تختص بتقييم الأفراد لأهمية الموقف أوالحدث"، كما أوضح "كوكس"Cox(١٩٨٧) أن هذه العملية تسعى للإجابة عن التساؤلين التاليين:

١- ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة للفرد؟

٢- وهل سيصبح هذا الموقف مثير للمشقة أم لا؟(Cox,1995,p.25).

وقد قدم "لازاروس" و "سبايسمان" Speisman(١٩٦٤) تجربة كلاسيكية، لتوضح مدى تنوع واختلاف الأفراد في الاستجابة لموقف ما، والتي تعتمد على عملية التقييم الأولي، والتي تسهم في تشكيلها خبرة الفرد ومعارفه ودافعيته وتقييمه لذاته، وتدور التجربة حول مشاهدة فيلم لعملية جراحية لذكر بعنوان "تحت الجرح"، وتم تقسيم الأفراد إلى أربعة مجموعات، حيث ترى المجموعة الأولى الفيلم

(1) Primary Appraisal.

بدون استخدام مؤثرات صوتية، أما المجموعة الثانية فتشاهد الفيلم مع مؤثرات صوتية تبرز الألم والخطر أثناء إجراء العملية الجراحية، أما المجموعة الثالثة فتسمع المرضى وهم ينكرون ألمهم، ويصفونه في صور وتعبيرات مضحكة، أما المجموعة الرابعة تسمع وتشاهد الفيلم في صورة أقرب ما تكون لمحاضرة علمية عن الجراحة.

وبعد مشاهدة الفيلم بهذه الطرق الأربعة، تم تسجيل وتقييم درجة المشقة لكل مجموعة من خلال استخدام التقارير الذاتية والمقاييس الجسمية مثل ضربات القلب وضغط الدم أثناء وبعد مشاهدة الفيلم. وجاءت النتائج لتوضح أن المجموعة التي رأت الفيلم بدون المؤثرات الصوتية، والمجموعة التي سمعت تعبيرات إنكار المرضى لألمهم، والمجموعة التي شاهدت المحاضرة العلمية، كانوا أقل مشقة سواء أكانت ذاتية أم جسمية من المجموعة التي شاهدت الفيلم باستخدام المؤثرات الصوتية((Taylor, 1993,p.72 ; Lazarus, 1966,p.46)).

ومن هنا يتضح مدى تنوع واختلاف الأفراد في استجابتهم لرؤية الفيلم، ويرجع هذا التنوع إلى اختلاف عملية التقييم الأولي عند الأفراد، والتي تعتمد بشكل أساسي على خبرة الأفراد السابقة، ويتضح كذلك دور عملية التقييم هذه في تقليل أوزيادة الشعور بالمشقة أوالتهديد، فنجد أن الموقف الواحد - رؤية الفيلم - يؤدي إلى استجابات متعددة، فبعضنا يدركه على أنه موقف طبيعي، ومن هنا لا يحدث الشعور بالتهديد، وبعضنا الآخر يدركه كموقف شاق، ومن ثم يحدث الشعور بالتهديد، وبالتالي تكون عملية الإدراك الأولي قد أجابت على السؤال الخاص بها، وهو تحديد ما إذا كان الموقف شاقاً أم لا؟، وعند الإجابة بأن الموقف شاق ومهدد، تبدأ المرحلة الثانية في الاستعداد للتصدي لهذا التهديد.

. عملية التقييم الثانوي:

تسعى هذه المرحلة إلى "قياس المصادر المتاحة أوالمتوفرة لدى الفرد للمواجهة مع التهديد المدرك"، وتسعى هذه المرحلة للإجابة عن السؤال التالي، وهو ما يمكن عمله لمواجهة هذا التهديد؟((Taylor,1993,p.71)).

فبينما تركز العملية الإدراكية الأولية على مصدر التهديد، تركز العملية الإدراكية الثانوية على جمع المصادر المتاحة للفرد للمواجهة وللتصدي لهذا التهديد((Lazarus,1966,p.208)).

وعندما يدرك الفرد الحدث بأنه مهدد ومشق، يدخل مباشرة في مرحلة الإدراك الثانوي، وذلك لجمع المصادر المتاحة للمواجهة مع هذا الحدث الشاق، واعتماداً على تقييم الفرد الذي يتم بواسطة هاتين العمليتين المعرفتيين(الأولي والثانوية) يقرر الفرد أي من استراتيجيات المواجهة سيستخدمها في مواجهة التهديد ((Snyder & Dinoff,1999,p.9).

ما العلاقة بين عملية التقييم الأولي وعملية التقييم الثانوي؟

يُعتقد من العرض السابق أن كلا من عملية التقييم الأولي وعملية التقييم الثانوي تسيران بشكل متتالي، بحيث تسلم عملية التقييم الأولي إلى عملية التقييم الثانوي بشكل آلي، غير أن الأبحاث أوضحت أن المسار لا يسير بشكل متتالي، ففي بعض الأحيان تبدأ عملية التقييم الثانوي قبل عملية التقييم الأولي، على أن ما يحدد أيهما كبداية هو المنبه مصدر التهديد.

قد تبدأ عملية التقييم الثانوي قبل إدراك التهديد، ويحدث ذلك مع تكرار المنبه الذي يحتوي على معلومات مرتبطة بالتهديد والمواجهة، ومن ثم لا يحتاج هذا المنبه إلى عملية التقييم الأولي، فمجرد ظهور هذا المنبه، تبدأ عملية التقييم الثانوي في جمع مصادرها لمواجهة هذا المنبه، الذي سبق إدراكه على أنه مصدر للتهديد((Lazarus,1966,p.60)).

إذن العلاقة بين العمليتين ليست مرتبة ترتيباً زمنياً، بل هي تبدو علاقة تبادلية، والذي يحدد أيهما تبدأ هو الموقف أوالظرف مصدر التهديد. ولمزيد من التوضيح، لابد من تحديد العوامل التي تسهم في تكوين ونشأة كل من عملية التقييم الأولي وعملية التقييم الثانوي، بعض هذه العوامل تبدو مرتبطة بالموقف أوالحدث الشاق، وبعضها الآخر يبدو مرتبطاً بالبناء النفسي للفرد.

فمن العوامل التي تعتمد عليها عملية التقييم الأولي ـ والتي ترجع إلى مصدر المشقة ـ التوازن بين الضرر المتوقع والمصادر المضادة له، والتصدي المتوقع. وهاديات المنبه الشاق، أما العوامل التي ترجع إلى البناء النفسي للفرد، فمنها الدافعية، والمعتقدات المكونة عن بيئة الفرد، وإضافة إلى المصادر العقلية والتعليم والتفكير. أما عن العوامل التي تسهم في تكوين ونشأة عملية التقييم الثانوي، والتي ترجع إلى مصدر المشقة، فهي موقع الضرر، والظروف الموقفية، وأحداث المواجهة، أما العوامل التي ترجع إلى البناء النفسي للفرد، فهي قوة الدافع، ومصادر الأنا، والاستعداد للمواجهة(Ibid,p.60)).

وهكذا يتضح مدي اختلاف المكونات ومصادر المعلومات التي تسهم في تشكيل وبناء كل من عملية التقييم الأولي وعملية التقييم الثانوي، وبرغم هذا الاختلاف، نجد أن العمليتين في تفاعل مستمر، وفي بعض الأحيان، تعتمد إحداهما على الأخرى.

إذن باختصار، تتركز عملية التقييم الأولي علي كمية الخطر التي يتعرض لها الفرد في الموقف، بينما تتركز عملية التقييم الثانوي على دور استراتيجيات المواجهة للتصدي لهذا الخطر المتوقع، وبالتالي تعتمد عملية التقييم الثانوي على عملية التقييم الأولي بشكل جوهري.

هكذا وبعد إيضاح العوامل المساهمة في تكوين العمليتين، يبقى لنا توضيح دور مفهوم المواجهة - الذي تنطوي عليه عملية التقييم الثانوي - في خفض التهديد المدرك وتحقيق التوافق، ولكن قبل عرض صور المواجهة، لابد من تقديم تعريف لهذا المفهوم.

مفهوم المواجهة:

استخدم "موري" Murphy(١٩٦٢) هذا المصطلح ليشير إلى "الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في معالجة المواقف والتعامل مع التهديد"(Ibid,p.151)). بينما عرفه "لازاروس" و"كوهن" Cohen(١٩٧٩) بأنه "المجهودات التي يقوم بها الفرد سواء

لمواجهة الحدث أم الانفعالات من خلال تدبر ـ تنظيم أوتحمل أوتقليل أوتقليص ـ مطالب البيئة الخارجية أوالداخلية، والتي تفوق إمكانات الفرد ومصادره"Cohen,1987,p.283)). كذلك عرف بأنه "الجهد العمدي أوالقصدي المبذول من قبل الفرد لتدبر أولتحفيف أولتعطيل التأثير السلبي للمشقة" (Skevington, 1995,p.210).

وقد تم عرض طريقتين لخفض التهديد والمشقة من خلال مفهوم المواجهة، إحداهما تقلل المشقة من خلال استخدام الوظائف المعرفية، والأخرى من خلال التحكم في الخصائص الباعثة على التهديد، ومن ثم يصنف مفهوم المواجهة من حيث الوظيفة إلى:

- المواجهة المرتكزة على المشكلة.
- والمواجهة المرتكزة على الانفعالات.
- المواجهة المرتكزة على المشكلة:

ويمثل هذا التوجه "كل المجهودات المعرفية والسلوكية لتقليل التهديد أولخفض المشقة من خلال التغلب على مصدر المشكلة أوالتهديد" (Brehm et al., 1999,p.519).

ويعرف كذلك هذا التوجه بأنه "المحاولات التي يقوم بها الفرد، لمزيد من فهم أوتغيير الظروف المثيرة للمشقة المضرة أوالمهددة أوالمتعارضة مع قدرات الفرد"Taylor,1995,p.70)).

كما أوضح الباحثون أن المواجهة المرتكزة على المشكلة له دور واضح في مواجهة مصدر المشقة، بالإضافة إلى أنه موجه مباشرة نحو المشقة و يرتبط بشكل إيجابي وصريح مع الصحة الجيدةBrehm et al., 1999,p.51)).

وقد أشار"لازاروس" و"فولكمان"(١٩٨٤) إلى أن الأفراد يميلون إلى الاعتماد على المواجهة المرتكزة على المشكلة عندما تكون مصادر أومطالب الموقف تبدو قابلة للتغيير أوالسيطرة عليها والتحكم فيهاSarafine,1998,p.134)).

المواجهة المرتكزة على الانفعالات:

ويمثل هذا التوجه "المجهودات المتعددة لتنظيم ردود أفعالنا تجاه موقف المشقة أكثر من محاولة تغيير الموقف"(Brehm et al., 1999,p.520).

ويعرف كذلك بأنه "المحاولات التي يقوم بها الفرد لتعديل المشقة من خلال تقليل وخفض التأثيرات السلبية المرتبطة بمصدر المشقة" (Lennon, Dohrenewend, Zautra & Marbach,1990).

وهنا يسعى الفرد للتحكم في الاستجابات الانفعالية الناتجة من موقف المشقة، وذلك سواء باستخدام الأساليب السلوكية، كطلب المساندة الاجتماعية من الأصدقاء أوالأقارب، أوتعاطي الأدوية أوالكحوليات، أوباستخدام الأساليب المعرفية، كمحاولة الفرد إنكار الحقائق، أو تغيير معنى الموقف(Sarafino,1998,p.135). وتنقسم المواجهة المرتكزة على الانفعالات إلى نمطين لتدبر الانفعالات الناتجة عن موقف المشقة، وهما:

- المنع أوالكبت[1] .
- الإفصاح أوالبوح[2] .

فيسعى الفرد من خلال النمط الأول - المنع أوالكبت - إلى حبس ومنع الأفكار والمشاعر والانفعالات الناتجة عن المشقة أومحاولة إنكارها. وقد أشار كل من "بولمان" Bulman و"تيمكو"Timko(١٩٨٧) إلى أن الصدمة الشديدة المستمرة مثل وفاة المحبوب، أوالإصابة بمرض خطير، أوالطلاق تثير أسئلة فلسفية عن معنى الحياة وقيمة الذات، وإذا لم يكبت الفرد أويتجنب هذه المهددات مبكراً، فسيصبح أسيراً للتفكير في هذه الأسئلة(Brehm et al.,1999,p.521). أما النمط الثاني - الإفصاح أوالبوح - فهو على العكس من الأول، حيث يسعى الفرد إلى التعبير والإفصاح عما

(1) Shutting down.
(2) Opening up.

بداخله سواء بالتحدث مع صديق أم باللجوء إلى رجال الدين، وقد أكدت الدراسات الدور الإيجابي للإفصاح في خفض المشقة الناتجة، وذلك لسببين، هما:

١- أن تعبير الفرد عما بداخله، أشبه بعملية التفريغ[١] - التي أشار إليها "فرويد" - التي تكشف عن الجزء الخفي داخل الفرد.

٢- أوضح "بنيكيكر"Pennekaker أن مجرد التحدث عن الانفعالات والأفكار الناتجة عن المشكلة، يساعد الفرد في فهم المشكلة بشكل أفضل، ويزيد من درجة استبصاره بها(Ibid,p.523)).

وبعد عرض الطريقتين السابقتين – المواجهة المرتكزة على المشكلة والمواجهة المرتكزة على الانفعالات - يبقى تساؤل عن كيفية عملهما، بمعنى هل تعملان بشكل منفصل أم يمكن جمعهما معا لمواجهة مشكلة واحدة عند الفرد نفسه؟، فقد أوحت الدراسات السابقة بأن ما يحدث في الغالب هو الجمع بين الطريقتين لمواجهة حدث المشقة، فقد أوضح "كوللينس"Collins(١٩٩٠) أن كل حدث مشق يحتوي على عدد من المشكلات التي تحتاج إلى طرق مختلفة للمواجهة، ويتضح ذلك من المثال التالي، فعندما يخطو الفرد نحو الطلاق، تتعدد المشكلات التي يواجهها، بعضها يرتبط بالمشاعر، وبعضها يرتبط بالأطفال، وبعضها الثالث يرتبط بالأمور المادية، لذا فكل مشكلة من هذه المشكلات تتطلب طريقة للمواجهة مختلفة عن الأخرى، فقد نجد الفرد يستخدم طريقة لتنظيم حياته بعد الانفصال، ويستخدم طريقة أخرى في الوقت نفسه لتقليل انفعالاته المترتبة على الانفصال (Taylor, 1995,pp.272-273).

إذن، ليس هناك انفصال بين أبعاد المواجهة، وليس هناك طريقة أفضل من الأخرى في تحقيق المواجهة. ولكن بالرغم من ذلك أتضح أنه كلما كان التحكم في المشكلة ممكناً، كان المواجهة المرتكزة على المشكلة أفضل، أما في حالة

---

(1) Catharsis.

العجز عن السيطرة و التحكم في المشكلة، فإن المواجهة المرتكزة على الانفعالات يعد أكثر استخداماً وأكثر نفعاً (Brehm et al.,1999,p.520).

لذا فقد لوحظ شيوع استخدام طرق المواجهة المرتكزة على المشكلة في سياق المشكلات الأسرية والمشكلات الخاصة بالعمل، أما طرق المواجهة المرتكزة على الانفعالات فهي أكثر استخداما في مواجهة المشكلات الصحية (Taylor,1995,p.270).

إذن ليس هناك طريقة أفضل من غيرها في تحقيق المواجهة، وليس هناك انفصال بينهما، بل الذي يحدد شكل ومضمون هذه الطرق واستجابات المواجهة هو الحدث المثير للمشقة، وما يحتويه من مشكلات فرعية خاصة به. ومن هنا بدأت الدراسات تتجه نحو التمييز بين النمطين، من حيث تحديد الاستراتيجيات الخاصة بكل طريقة منهما، وتعد دراسة "لازاروس" و"فولكمان"(١٩٨٦) من الدراسات التي ركزت على تحديد هذه الاستراتيجيات، من خلال تسجيل كل من أحداث المشقة التي يواجهها الأزواج في كاليفورنيا واستراتيجيات المواجهة المستخدمة في مواجهة هذه الأحداث، وتوصلت الدراسة لوجود إحدى عشر استراتيجية للمواجهة، تم تصنيفها إلى طريقتين للمواجهة، ومن الاستراتيجيات التي تندرج تحت طريقة المواجهة المرتكزة على المشكلة:

١- **مواجهة بالمجابهة**(١) : وهي عملية اتخاذ خطوات إيجابية لمحاولة تغيير مصدر المشقة، أوعلى الأقل تحسين نواتجه، وتتميز هذه الاستراتيجية بالتوجه المباشر للحدث، وبالمجهودات المبذولة من قبل الفرد لتغيير الموقف، مثلما يحارب الفرد من أجل ما يريد.

٢- **طلب المساندة الأدائية**(٢) : ومن خلال هذه الاستراتيجية يسعى الفرد للحصول على راحة وجدانية ومعلومات ومساعدات مادية من المحيطين به، مثل تحدث الفرد مع الآخر لفهم الموقف واكتشافه بشكل أفضل.

---

(1) Confrontative Coping.
(2) Seeking Instrumental Support.

٣- **التخطيط لحل المشكلة**[1] : ويسعى الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة، وهو يشتمل على عملية التفكير في كيفية المواجهة مع الحدث، مثل عمل خطة لمواجهة المشكلة ونواتجها.

٤. **قمع النشاطات المتعارضة**[2] : أي طرح كافة النشاطات المتداخلة مع مصدر المشقة، وذلك لتجنب التشتيت بعيداً عن الحدث، وكذلك لزيادة التركيز والانتباه لمعالجة مصدر المشقة.

٥. **المواجهة بكبح مصدر المشقة**[3] : وهو انتظار توفر الفرصة المناسبة للتخلص من مصدر المشقة، ويعد هذا الكبح إيجابيا عندما يسعى الفرد سلوكيا لتوفير هذه الفرصة، بينما يعد هذا الكبح سلبياً عندما لا يبذل الفرد أي جهد، وبالتالي ينتظر حدوث الفرصة بدون مجهود.

هذا عن الاستراتيجيات المرتبطة بطريقة المواجهة المرتكزة على المشكلة، أما الاستراتيجيات المرتبطة بطريقة المواجهة المرتكزة على الانفعالات، فهي:

١- **التحكم الذاتي**[4] : وتحتوي هذه الاستراتيجية على المجهودات المبذولة من قبل الفرد لتنظيم مشاعره وانفعالاته الناتجة بسبب موقف المشقة.

٢- **الابتعاد**[5] : يسعى الفرد إلى فصل أوعزل نفسه عن موقف المشقة، كمحاولته التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة التي تعد مصدراً للمشقة.

٣- **إعادة التأويل الإيجابي**[6] : وتمثل هذه الاستراتيجية المجهودات الخاصة بالفرد لمحاولة إيجاد معنى إيجابي للخبرة المثيرة للمشقة، والتي يتعرض لها الفرد في حياته، وهنا يعتمد الفرد على تطوير شخصيته لتلائم الموقف الجديد.

٤- **تقبل المسئولية**[7] : وهنا يسعى الفرد لقبول الموقف كما هو دون محاولة تغييره، أي قبول الموقف كحقيقة لا مفر منها.

---

(1) Planful Problem – Solving.
(2) Suppression of competing activities.
(3) Restraint Coping.
(4) Self – Control.
(5) Distancing.
(6) Positive Reinterpretation.
(7) Accepting responsibility.

٥- **الهروب. التجنب**[1] : يلجأ الفرد من خلال هذه الاستراتيجية إلى تجنب هذه المشكلة من خلال التدخين أوتعاطي العقاقير أوالأكل، وذلك كمحاولة لنسيان أوطرح المشكلة جانبا، أوالهروب لكي لا يواجهها.

٦- **التوجه للدين**[2] : حيث يتجه الفرد للدين ساعيا للحصول على الأمن والطمأنينة من خلال علاقة الفرد بربه، وبالتالي يزداد ميل الفرد للقراءة في الدين والفرائض محاولا بذلك توفير السلوى لنفسه.

(Carver, Scheier & Weintraub,1989 ; Stanton, Burg, Cameron, Ellis,1994 (; Taylor, 1995,p.271

وبعد دراسة "لازوارس" و"فولكمان" توالت الدراسات لتحديد هذه الاستراتيجيات، وقد وجد تشابه كبير بين هذه الاستراتيجيات رغم اختلاف العينات وظروف المشقة.

(جـ) نظريات السمات الشخصية:

تنطلق هذه النظريات من فكرة الفروق الفردية، ومن ثم فمفهوم المواجهة بالنسبة لهذا النظريات، ما هو الا عدد من الأبعاد التي تشبه السمات المكونة للشخصية الإنسانية((Watson, David & Suls,1999,p.119)).

وإذا كانت السمة تشير إلى "استعداد عام للاستجابة بطريقة خاصة ومميزة للفرد عبر المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته"، فإن المواجهة يشير - من هذا المنظور- إلى "استعداد، أوميل عام، أوأسلوب للحياة" (Sleptoe & .(Wardle,1994,p.338

ويعرف أسلوب المواجهة[3] بأنه "استعداد عام أوميل عام للتعامل أولمعالجة الأحداث المثيرة للمشقة بطريقة مميزة للفرد عن غيره من الأفراد"، ويتضح من

(1) Escape – Avoidance.
(2) Turning to religion.
(3) Coping Style.

التعريف السابق مدى الاتساق بين مفهوم السمات الشخصية ومفهوم أسلوب المواجهة، من حيث كونهما يمثلان طرازاً وأسلوباً خاصاً يميز الفرد أثناء التعامل مع ظروف الحياة، غير أن أسلوب المواجهة يبدو أكثر خصوصية في التعامل مع المواقف الحياتية من السمات الشخصية، وذلك لأنه يختص بالمواقف والظروف المثيرة للمشقة في الحياة(Taylor,1995,p.266)). ويعد المواجهة - وفقا لهذا المنظور - عملية تفسيرية توضح سبب اختلاف الأفراد في نواتج المشقة، مثلها مثل السمات الشخصية المفسرة لماذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للمشقة، في حين يصبح بعضهم الآخر مواجهاً للمشقة(Bolger,1990)).

ومن أساليب المواجهة التي يشيع استخدامها في المواقف المثيرة للمشقة ما يأتي:

١- التجنب في مقابل المجابهة[1] اوالتصدي

يُعد أسلوبي التجنب والمجابهة من أكثر الأساليب المواجهة شيوعاً لدى مرضى الأورام السرطانية، فقد قام "هولاهان"Holahan(١٩٨٧) بمقارنة الأفراد الذين مواجهتوا مع الأحداث المهددة باستخدام أسلوب التجنب كأسلوب للمواجهة بغيرهم ممن استخدموا أسلوب المجابهة، وذلك من خلال جمع بيانات خاصة عن المواقف التي تواجه الأفراد ونتائج هذه الأساليب، وتوصل إلى أن الأسلوبين لازمان في تدبر المشقة وإدارتها، ولكل منهما الإيجابيات والسلبيات، والتي يحددها الموقف الذي توظف فيه هذه الأساليب(Taylor,1995,p.267)).

وأشارت الدراسات إلى أن أسلوب المجابهة يعد أكثر ناجحاً في تحقيق المواجهة من أسلوب التجنب، وذلك عندما يركز الفرد على المعلومات المستمدة من الموقف، أكثر من تركيزه على الانفعالات. وأوضح كل من "ونج" Wong و"كالوبك" Kaloupek(١٩٨٦) أن ما يحدد نجاح أي من أساليب المواجهة، هو التوقيت الزمني للمشقة، فكلما كان المصدر المهدد قصير المدى، كان أسلوب التجنب أكثر تحقيقاً للمواجهة، أما في حالة المهددات المزمنة، فإن أسلوب التجنب

(1) Avoidance VS Confrontation.

لا يبدو ناجحا في تحقيق المواجهة. وأكدوا أن الأفراد الذين يمواجهتوا مع الأحداث المهددة باستخدام أسلوب التجنب، لم يقوموا ببذل أي مجهودات معرفية أووجدانية كافية لمعالجة أولمواجهة المشكلات، وعلى العكس من ذلك فالأفراد الذين يمواجهتوا مع الأحداث المهددة من خلال أسلوب المواجهة يقوموا ببذل مجهودات معرفية أووجدانية كافية لمعالجة أولمواجهة المشكلات، ويقوموا بتكرار واستعادة هذه المجهودات في مواجهة المهددات طويلة المدى. واقترح كل من "هولاهان" و"موس"(١٩٨٧) أن استخدام التجنب كأسلوب للمواجهة يعد من العوامل التي تجعل الفرد مستهدفاً للإصابة بالاضطراب النفسي، الأكثر من ذلك أن المواجهة الإيجابي باستخدام أسلوب المواجهة ينجح مع الأفراد الذين تتوفر لديهم مصادر شخصية وبيئية، كالدخل المرتفع، ووجود الأصدقاء، والوظيفة الجيدة(Ibid,pp.268-269).

٢- الكبت في مقابل الحساسية المفرطة[1]

ركزت الدراسات على دور أسلوبي الكبت والحساسية في تحقيق التوافق، وعرفت أسلوب الكبت بأنه "أسلوب يوظفه الأفراد لتجنب أولإنكار مصادر المشقة"، بينما أشارت لأسلوب الحساسية بأنه "المجهود المبذول من قبل الأفراد لزيادة التركيز و الانتباه لمصادر التهديد"(Livneh,2000). وطور "وينبرجر" Weinberger وزملاؤه طريقة لقياس أسلوبي الكبت والحساسية، وتوقع "وينبرجر" أن الأفراد المستخدمين لطريقة الكبت يكونوا أقل استجابة لمواقف المشقة، وذلك يرجع إلى كبتهم مشاعرهم الانفعالية، بينما الأفراد ذوي أسلوب الحساسية يعانوا من القلق الشديد. وللتحقق من هذا الفرض، قام "وينبرجر" بتطبيق كل من مقياس تيلور للقلق ومقياس اليأس الاجتماعي، فوجد أن الأفراد ذوي أسلوب الكبت أقل قلقاً على مقياس تيلور، وأعلى يأساً اجتماعياً، بينما الأفراد ذوي أسلوب الحساسية، سجلوا درجات منخفضة على كل من المقياسين (Cohen,1987,p.292).

(1) Repression VS Sensitization.

كذلك وجد "وينبرجر" فروقاً جوهرية بين المجموعتين على مقياس التقرير الذاتي والمقاييس السلوكية والجسمية، حيث أتضح أن مجموعة الكبت كانت أقل أداء للمهام المعرفية، بالإضافة إلى وجود فرق ملحوظ بين الاستجابة للمشقة وتقارير الأفراد الذاتية عن المشقة (Ibid,p.293)).

٣- التحكم الداخلي[1] في مقابل التحكم الخارجي[2]

أشار أغلب الدراسات أن التوقعات المكونة حول التحكم في مصدر المشقة لها دور فعال في تحقيق التوافق، فوجد أن الأفراد ذوي أسلوب التحكم الداخلي أكثر قدرة على التوافق خلال مرحلة الإصابة بمرض الأورام السرطانية، في حين أن الأفراد ذوي التحكم الخارجي أكثر توافقاً مع المشكلات الاجتماعية المترتبة على المرض، واستخلصت الدراسات أن الأسلوبين يرتبطان مع التوافق النفسي الجيد، وانخفاض الاكتئاب(Livneh,2000,p.46)).

هذا عن أهم الأساليب المواجهة، التي يستخدمها الأفراد في معالجة الظروف المهددة والمثيرة للمشقة والتعامل معها ، والتي قد تعامل معها بعض الباحثين كاستعداد عام أوسمة يميل الأفراد إلى التصرف من خلالها بوجه عام في مواجهة المشقة.

وبعد الانتهاء من عرض النظريات الثلاثة، يبقى أن نتبين أقرب هذه النظريات لمفهوم المواجهة كما سيتم تناوله بالدراسة الراهنة.

التعقيب:

بالنسبة لنظرية "فرويد" في الشخصية، فعلي الرغم من الملامح التي تبدو مشتركة بين مفهوم الآليات الدفاعية ومفهوم المواجهة، فإن هناك ملامح أخرى فارقة تحثنا على استبعاد الاستناد إلى هذه النظرية في تناول مفهوم المواجهة.

(1) Internal Control.
(2) External Control.

فالآليات الدفاعية . كما أشارت "هان" . تتسم بالسلبية والتصلب، واللاوعي، وتشويه الواقع، في حين أن المواجهة يتسم بالمرونة، والوعي، والارتباط بالواقع(Snyder & Dinoff,1999,p.8)).

كذلك يعد مفهوم الآليات الدفاعية أقرب إلى العمليات الداخلية النفسية، التي تستخدم في تفسير المواقف الشخصية والاجتماعية أكثر من مواجهتها، بينما مفهوم المواجهة يعمل على التصدي لمواقف المشقة، سواء بشكل مباشر - من خلال بذل جهد لتغيير الموقف – أم بشكل غير مباشر – من خلال التحكم في الانفعالات المتولدة عن الموقف(Dantzer, 1993,p.69)).

وإلى جانب ما سبق توجد مشكلة أخرى تدعم استبعاد مفهوم الآليات الدفاعية، وهي تتمثل في أن الأخيرة تتم بشكل لاشعوري، بمعنى أن الفرد لا يكون مدركاً لحدوثها كرد فعل للمنبه المهدد، وهو الأمر الذي أوضحه "جولدن"Goldin (١٩٦٤) فذهب إلى أن مفهوم المواجهة يختلف عن الآلية الدفاعية، من حيث غياب الوعي في الآليات الدفاعية، وتجسده بشدة في حالة استخدام استراتيجيات المواجهة أوالتصدي للمواقف المثيرة للمشقة النفسية(Lazarus,1966,p.79)).

من ناحية أخرى حدد الباحثون خمسة مستويات للوعي، تفسر لنا تنوع الاستجابات السلوكية والجسمية:

- **مستوى الوعي المرتكز على ملامح المنبه المهدد**، وتعتبر درجة الوعي هي المحدد الرئيسي لإدراك المنبه، فقد يدرك المنبه على أنه مهدد أوغير مهدد، اعتماداً على مدى وعى الفرد بملامح معينة للمنبه.
- **مستوى الوعي المرتكز على خصائص البناء النفسي للفرد**، فالمنبه الذي يتعارض مع بناء معتقدات الفرد أومع أهدافه، يدرك على أنه مهدد، حتى ولو كان بالنسبة للآخرين غير مهدد.
- **مستوى الوعي في علاقته بكل من المنبه المشق والبناء النفسي**، فقد يعي الفرد كلا من المنبه المشق، والبناء النفسي، ولكنه لا يعي العلاقة بينهما، مما يجعله يتعامل معهما بشكل منفصل.

- **مستوى الوعي بالطرق المتاحة للمواجهة مع التهديد**، فوعى الفرد بالطرق المواجهة لديه، يعد مهما في مرحلة الإدراك الثانوي للتهديد بهدف تحديد وانتقاء المناسب منها لتحقيق المواجهة المرجو.
- **مستوى الوعي بالاستجابة الانفعالية ذاتها**، يخطئ الفرد في تفسير الحالة الجسمية أوالمزاجية المصاب بها، فعلى سبيل المثال قد يشعر الفرد بضربات القلب، ولكنه لا يدرك أن هذه الاستجابة الجسمية ناتجة عن الحالة الانفعالية(Ibid,pp.78-80)).

إذن يتضح أهمية الوعي في إدراك التهديد، و إدراك الإمكانات المتوفرة لدى الفرد للمواجهة مع الحدث، وأيضا إدراك نواتج هذه الطرق التي يستخدمها الفرد، ومن خلال هذه المستويات الخمسة للوعي، تتنوع استجابات الفرد حسب درجة الوعي عنده. لذا فالوعي ضروري عند تحقيق الفرد لدرجة المواجهة المطلوبة.

أما النظرية المعرفية، فهي أقرب النظريات اتساقاً مع مفهوم المواجهة – الذي سيتم تناوله في الدراسة الراهنة – وهى تتسم بالتنوع كماً وكيفاً؛ فمن حيث الكم، اختلف الباحثون في تحديد هذه الاستراتيجيات، فحددها "لازاروس" بإحدى عشرة استراتيجية – سبق الإشارة إليها – بينما وضع "موس" خمس استراتيجيات، كذلك نجد "فولكمان" يحدد بثمان استراتيجيات. ومع اختلاف عدد هذه الاستراتيجيات المتوقعة من باحث لآخر، نجد اختلاف مضمونها، والأكثر من ذلك هو اختلاف التأثير المتوقع منها، فنجد بعض الاستراتيجيات تحقق درجة من التوافق في موقف ما، ولكنها تختلف من موقف لآخر؛ فعلى سبيل المثال، أشار"لاين" Layne و"يودوفسكاى"Yudofsky(١٩٧١) إلى أن الإنكار كاستراتيجية للمواجهة يحقق درجة من التوافق لدى مرضى جراحة المثانة، في حين لا يحقق توافقاً عند مرضى جراحة القلب المفتوح(Cohen,1987,p.286)). كما أوضح "لانون" (١٩٩٠) أن استجابة المواجهة تمثل سلسلة دينامية بين الفرد والبيئة، والتي من خلالها يحاول الفرد تنظيم حالته الداخلية وتعديل العلاقة بينه وبين البيئة(Lannon,1990)).

إذن يتضح مدى تنوع استراتيجيات المواجهة من دراسة لأخرى. ومن باحث لآخر، ومن عينة لأخرى، لذا لابد من تحديد خصال العينة بشكل دقيق. وأخذ نتائج الدراسات السابقة بشكل دقيق، ومراعاة الاختلافات بين الدراسات في عدد الاستراتيجيات ونتائجها .

أما نظريات السمات الشخصية، فقد أشار "لازاروس" و"كوهن"(١٩٧٩) إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين قياس المواجهة كاستعداد وطرق المواجهة واستجاباته، كذلك أشارا إلى أن المواجهة كاستعداد لا يبدو كمنبئ لكيفية مواجهة الأفراد مع مواقف المشقة(Cohen,1987,p.286)).

وقام "لازاروس" و"كوهن" بدراسة العلاقة بين المواجهة والشفاء من الجراحة، وذلك باستخدام كل من مفهوم المواجهة كسمة أواستعداد عام، و مفهوم المواجهة كنشاط يقوم به الفرد في مواقف خاصة، وتبين من النتائج أن التجنب كنشاط أوسلوك خاص كان أفضل للتنبؤ بالنواتج من التجنب كسمة أواستعداد، وأضاف الباحثون أن المواجهة كسمة يعد أفضل منبئ بالنواتج في ظل الظروف المتماثلة التي يتعرض لها الفرد(Sleptoe et al.,1994,p.340)).

أوضح بعض الدراسات أن من الخطأ افتراض أن جميع الأفراد يستخدمون استراتيجيات المواجهة نفسها في معالجة المواقف الخاصة، كذلك وجدت الأبحاث دليلاً على اختلاف استراتيجيات المواجهة المستخدمة في معالجة مواقف المشقة، بل وتختلف مع تعدد مراحل المشقة، لذا كيف يمكن النظر إلى مفهوم المواجهة كسمة أوكاستعداد عام يستخدمه الفرد في معالجة جميع المواقف والظروف المثيرة للمشقة. وعلى سبيل المثال أكد "ماجس" Mages و"مندلسون" Mendelson (١٩٧٩) اختلاف استراتيجيات المواجهة المستخدمة في المراحل المختلفة لورم السرطان، وأشار إلى أنه لابد من النظر إلى مفهوم المواجهة كعملية تطورية، تختلف من مرحلة إلى أخرى(Cohen,1987,p.286)).

إذن يتضح أن قياس مفهوم المواجهة كسمة أواستعداد عام لا يسمح بإبراز تنوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة في التعامل مع أحداث المشقة.

ومن ثم يتضح أن مفهوم المواجهة ليس بالآلية الدفاعية، التي يستخدمها الفرد بشكل لاشعوري مع مواقف المشقة، وهو ليس بالسمة أوبالاستعداد العام الذي يستخدمه الفرد في جميع المواقف بغض النظر عن كونها مصدراً للمشقة أم لا، بل هو استجابة يستخدمها الفرد في موقف المشقة، وقد يغيرها حسب هذا المصدر ونواتجه.

هذا عن المفهوم الأول - مفهوم المواجهة -، وننتقل بعد هذا إلى المفهوم الثاني - مفهوم المساندة - لنستخلص في النهاية تصوراً نظرياً يمكن أن يجمع بين المفهومين معا، في إطار تفاعلي في سياق المشقة.

ثانياً: مفهوم المساندة الاجتماعية

مقدمة:

على الرغم من أن المساندة الاجتماعية ظاهرة قديمة قدم الإنسان نفسه، فإن الباحثين لم يهتموا بها إلا مؤخرا، بعد ما لاحظوه من آثار مهمة لها في مواقف الشدة، والإجهاد النفسي، وما تقوم به من تخفيف لنتائج الضغوط والشدائد، والمواقف العصيبة. وتعد المساندة الاجتماعية مصدراً مهماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان في عالمه الذي يعيش فيه، فعندما يشعر أن هناك ما يهدده، وأنه لم يعد بوسعه أن يواجه الخطر، أويتحمل ما يقع عليه من إجهاد، فهو يحتاج إلى عون ومدد من الآخرين. وأشار "دين" Dean و "لين" Lin(١٩٧٧) إلى أن مفهوم المساندة الاجتماعية هو من أهم المفاهيم التي يجب دراستها في المستقبل، لما لها من دور مؤثر ومعدل للمشقة الواقعة على الفرد.

وإلى جانب تعدد تعريفات المفهوم، فإنه يبدو مرتبطاً بشيوع مفاهيم أخرى مثل الروابط الاجتماعية[١] والشبكات الاجتماعية[٢] والاتصال الاجتماعي الهادف[٣]، والعشرة الاجتماعية[٤]، وهي جميعاً تشترك في التركيز على أهمية العلاقات الاجتماعية، وعناصر المساندة والأنظمة الاجتماعية التي ينتمي لها الفرد (Turner, Frankel & Levin,1983).

ولأهمية مفهوم المساندة في مجال المشقة، نري من الضروري الإحاطة بجانبين مهمين، هما التعريفات المطروحة للمفهوم، والنماذج المفسرة لدوره في حياتنا النفسية.

تعريف مفهوم المساندة الاجتماعية:

على الرغم من تعدد التعريفات النفسية لمفهوم المساندة الاجتماعية، والتي لا يمكن حصرها، فقد ميز الباحثون بين منظورين لهذا المفهوم، هما:

١- منظور البناء.

٢- منظور الوظيفة.

ويركز **المنظور البنائي**[٥] على وجود العلاقات والشبكات الاجتماعية وقياس خصائصها بوجه عام، أما **المنظور الوظيفي**[٦] فيعتمد على وظيفة هذه العلاقات والشبكات الاجتماعية وعملياتها، بمعنى آخر لا يكتفي المنظور الوظيفي بقياس الحجم فقط، بل يمتد ليبرز دور وتأثير هذه العلاقات والشبكات الاجتماعية (Kaplan, Patterson & Sallis,1993, p.143).

ومن هنا يمكن تقسيم التعريفات النفسية لمفهوم المساندة الاجتماعية، وفقاً لهذين المنظورين:

---

(1) Social bonds.
(2) Social networks.
(3) Meaningful social contact.
(4) Human companionship.
(5) Structural Perspective.
(6) Functional Perspective.

فبالنسبة للتعريفات التي تلائم المنظور البنائي:

نجد تعريف "كوب"Cobb(١٩٧٦) للمساندة الاجتماعية بأنها "الانتماء المدرك لشبكة الاتصالات والعلاقات الاجتماعية"Cobb, S.,1976))، بينما ينظر "كوهن" Cohen وآخرون(١٩٧٩) للمساندة الاجتماعية على أنها "المعلومات المقدمة من الآخرين المحيطين بالفرد، والذين يبادلونه المحبة والمودة والتقدير. ويهتمون برعايته، ويعد الفرد جزءاً من شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية " (Cohen & Hoberman,1983). ويتسق مع هذا التعريف، تعريف آخر "لهيللير" Heller وآخرين(١٩٧٩) بأن المساندة الاجتماعية هي "المعلومات والاستجابات التي تؤدي بالفرد إلى تكوين اعتقاد بأن هناك من يهتم ويعتني به ويساعده عند الحاجة"Heller, Swindle & Dusenbury,1986)). وتقدم هذه المعلومات من خلال الأزواج، أوالأقارب، أوالأصدقاء، أوالمؤسسات الاجتماعية، أوالكنائس، أوالنواديTaylor,1995,p.276)).

وميز "دونلاد" Donald وآخرون(١٩٧٨) بين بعدين أساسين لمفهوم المساندة الاجتماعية، وهما:

- البعد السلوكي، والذي يعكس كم ومعدل العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الفرد والمحيطين به في مواقف المشقة.
- والبعد ذاتي، والذي يعكس التقييم الذاتي لهذه العلاقات والمصادر الاجتماعية المتاحة من قبل المحيطين بهDonald & Ware,1984)).

ووصف "برلين" Pearlin وآخرون (١٩٨١) المساندة الاجتماعية بأنها "الوسيلة التي يستخدمها الأفراد أوالمجتمعات أوالمنظمات للتعامل مع تغيرات وتقلبات الحياة"Turner et al.,1983)). ويعرف "ساراسون" Sarason وآخرون (١٩٨٣) المساندة الاجتماعية بأنها "تعبر عن مدى وجود الآخرين. أوالأشخاص الذين يمكن أن يثق فيهم، بالإضافة إلى ما يقدموه له من موارد قبل، وأثناء، وبعد الأحداث المثيرة للمشقة"Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983)). ويشير "ويلس" Wills(١٩٨٩)

إلى مفهوم المساندة بأنه "تلقى الفرد التعزية أوالسلوى والرعاية والتقدير والمساعدة من الأفراد والجماعات الأخرى المحيطة به"(Wills,1990)).

وركزت الدراسات الوبائية في دراساتها لمفهوم المساندة الاجتماعية على كم العلاقات الاجتماعية المستمرة من خلال الفرد، أومن خلال اتساع شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، أما الدراسات الحديثة فقد أضافت إلى تعريف المساندة الاجتماعية مفهوم الانتماء لهذه الشبكة الاجتماعية، وما بين الفرد وهذه الشبكة من تبادل مشترك(Kaplan et al.,1993,p.132)).

وقام "وايز" Weiss(١٩٧٣) بتحديد ستة عناصر للمساندة، هي:

١) **التعلق**[١] : وهو نوع من الروابط الوجدانية التي تزود الفرد بالراحة والأمان، وتقدم عادة بواسطة شريك الحياة أومن خلال العلاقات المتبادلة مع الجنس الأخر.

٢) **التكامل الاجتماعي**[٢] : ويشير إلى الاهتمامات التي يشارك فيها الفرد الآخرين، وتقدم من خلال شبكة الأصدقاء والزملاء الذين يقدمون الرفقة والفرصة للمشاركة في الاهتمامات والقيم.

٣) **الطمأنة لقدراته ومهاراته وتقيميها**: وتقدم بواسطة الأصدقاء والزملاء الذين يشهدون على كفاءة الفرد في القيام بالدور المنوط به.

٤) **العلاقات الثابتة**: والتي تقدم تحت أي ظرف عند الحاجة إليها.

٥) **الإرشاد والتوجيه**[٣] : ويتمثل في الثقة في الآخرين الذين يقدمون النصيحة سواء أكانوا من أفراد العائلة أم من الأصدقاء.

٦) **فرص الرعاية**[٤] : ويقصد بها مشاعر المسئولية عند الفرد، وغالبا ما يتم تضمين الأبناء الذين يقدمون للفرد الإحساس بالاحتياج لهم.

(عزة مبروك، ٢٠٠١، ص٥٨: Turner et al.,1983)

(1) Attachment.
(2) Social integration.
(3) Guidance.
(4) Opportunity for Nurturance.

وأضاف الباحثون أن المساندة تتباين في **الحجم**، وتمثل عدد الأفراد ذي علاقة منظمة مع الفرد، وفي **التكرار**، ويقصد به عدد مرات رؤية هؤلاء الأفراد، وفي **البناء**، وهو ما إذا كان هؤلاء الأفراد من الأسرة أومن الأقارب أومن الأصدقاء، وفي **المودة والألفة**، وهي تعكس العلاقة الحميمة أوالثقة المتبادلة مع الآخرين(Sarafino.1998.p.100)).

وأضاف "بيرس"(١٩٩٦) أن المساندة الاجتماعية لها تركيبة معقدة، فهي تتكون من ثلاثة مكونات، متصلة مع بعضها بعضا، وهذه المكونات هي:

١- **مخطط المساندة**[١] : وهي تشمل إدراك الفرد ومعلوماته وتوقعاته عن إمكانية البيئة الاجتماعية في تقديم المساندة، التي يحتاج لها الفرد لمواجهة المشقة، وهذا المكون يعكس التوجه المعرفي للمساندة الاجتماعية، فالفرد ذو التوقع الإيجابي للمساندة الاجتماعية يسعى دائما لتكوين ولتنمية علاقات متعددة مع المحيطين به في البيئة الاجتماعية، لتوفير كم مناسب من المساندة المتاحة من قبل الآخرين.

٢- **علاقات المساندة**[٢] : يعتمد هذا المكون على التوقعات السابقة لدى الفرد عن أهمية المساندة، وبالتالي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى الحصول على المساندة المطلوبة في هذا الموقف. وأكد "بيرس" ضرورة التمييز بين متلقي المساندة[٣] وهو الشخص ذو التوقع والإدراك المسبق عن المساندة، وبين مقدم المساندة[٤] وهو الذي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى توفير المساندة المطلوبة من قبل الآخرين.

---

(1) Support Schemata.
(2) Supportive Relationships.
(3) Support Recipient.
(4) Support Provider.

٣- **صفقات المساندة**[١] : وهي أشبه بسلوك المقايضة أوالصفقة بين فردين على الأقل، حيث يسعى مقدم المساندة إلى تقديم أنماط متعددة من سلوك المساندة لشخص آخر، بينما يحاول الآخر بذل مجهود لاستقبال هذه السلوكيات المتاحة. وأكد "بيرس" مدي التداخل بين هذه المكونات الثلاثة، بحيث لا يمكن عزل أحدهما عن الآخر، وذلك لأنهم في حالة تفاعل مستمر (Pierce, Sarason & Sarason,1996,pp.4-9).

وتهتم البحوث في السنوات الأخيرة بعنصرين للمساندة، هما:

١- تلقى المساندة[٢] وتشير إلى أنماط محددة من السلوك مثل تقديم النصيحة، أوالطمأنة التي تقدم بواسطة أعضاء الشبكة الاجتماعية.

٢- وإدراك المساندة[٣] ، ويشير إلى الاعتقاد في أن هذه السلوكات المساعدة سوف يتم تقديمها عند الحاجة إليها(Norris & Kaniasty,1996)).

أما التعريفات التي تلائم المنظور الوظيفي:

وهي تعنى بتصنيف المساندة إلى أنماط بحسب الوظيفة التي يقوم بها كل منها، وقد أتفق الباحثون على أن هناك على الأقل خمس فئات للمساندة الاجتماعية، هي:

١- **المساندة الوجدانية**[٤] : ويقصد بها مشاعر المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أويمر بخبرة اكتئاب، أوحزن، أوقلق، أوفقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الوجدانية المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات، أوالتقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد بأن له قيمة وأنه محبوب.

---

(1) Supportive Transactions.
(2) Received Support.
(3) Perceived Support.
(4) Emotional Support.

٢- **المساندة الأدائية**[١] : وتشمل المساعدة المادية أوالمالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أودفع الفواتير، أوالمساعدة في الأعباء المنزلية، أومساعدته للقيام ببعض الأعمال البسيطة.

٣- **المساندة المعلوماتية**[٢] : ويقصد بها التزويد بالنصيحة، والإرشاد أوالمعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أوالمواجهة مع مشاكل البيئة أومشاكله الشخصية، وأيضا تزوده بالأرجاع المناسبة لما ينبغي أن يقوم به لمواجهة المشكلة.

٤- **المساندة التقديرية**[٣] : وهي تمد الفرد بالعائد أوبالتعبيرات الإيجابية والمعلومات المناسبة لعملية التقييم الذاتي من خلال عملية المقارنة الاجتماعية، ويسمى هذا النمط من المساندة أيضا بالمساندة التقييمية[٤] ، حيث تساعد الفرد على بناء مشاعره الخاصة بتقييم ذاته وتكاملها، وتبرز أهمية هذا النوع من المساندة في مرحلة إدراك المشقة.

٥- **المساندة الاجتماعية**[٥] : ويقصد بها الاندماج مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وكذلك تمد الفرد بالمشاعر اللازمة للفرد ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية.

(Bloom & Kessler, 1994 ; Falke, Taylor, Shoptaw & Lichtman, 1986 ; Helgeson & Cohen, 1996 ; Sarafino, 1998,p.97 ; Taylor, 1995,p.276 ; Thoits, 1982)

ولقد وجد الباحثون أن المساندة الوجدانية لها دور مهم لدى المرضى المصابين بالأورام السرطانية، وذلك بالمقارنة بمرضى آخرين مصابين بأمراض أقل خطورة(Sarafino,1998,p.97)). ويختلف نمط المساندة الذي يحتاجه الفرد باختلاف مرحلة المشقة التي يمر بها، فالفرد الذي يحتاج السلوى والطمأنينة من الأهل والأقارب، إذا تلقى من الأهل النصح والإرشاد في تلك المرحلة، فمن المحتمل أن

---

(1) Instrumental Support.
(2) Informational Support.
(3) Esteem Support.
(4) Appraisal Support.
(5) Networks Support.

يصيبه هذا بنوع من خيبة الأمل، بالرغم من تلقيه نمط من المساندة، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت ونمط المساندة اللازمان في وقت المشقة، حتى يكون للمساندة أثرها الإيجابي المتوقع(Taylor, 1995,p.282).

وقد أكد علماء علم نفس الصحة أن المساندة تعد من الموضوعات المهمة التي يجب دراستها من الناحية الوظيفية لدي مرضى الأورام السرطانية، وأرجعوا ذلك إلى سببين واضحين، وهما: أن البيئة الاجتماعية للمريض تمثل درعاً واقياً له من التأثيرات الضارة للمشقة، والتي منها الإصابة بمرض الأورام السرطانية، فوجد أن الأشكال البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، مثل حجم العلاقات، والأشكال الوظيفية، كالمساندة الوجدانية ترتبط بمعدلات الوفاة والبقاء لدى مرضى الأورام السرطانية. ومن ناحية أخرى تؤثر الإصابة بمرض الأورام السرطانية على شبكة العلاقات الاجتماعية للمريض، فلكون هذا المرض يتصف بأنه مرض مهلك ومميت، يجعل أعضاء هذه الشبكة الاجتماعية يبتعدون عن المريض، مما يترتب عليه نواتج نفسية خطيرة للمريض، أقلها عدم حصوله على نمط المساندة المطلوب(Helgeson et al., 1996).

وبناء على تعدد وتباين تعريفات المساندة الاجتماعية، نلاحظ أنها تدور حول النقاط الجوهرية التالية:

١- أن المساندة الاجتماعية علاقة تبادلية بين فردين على الأقل.
٢- وأنها تمد الفرد بأشكال مختلفة ومتباينة من الإمدادات الوجدانية والأدائية والمعلوماتية والمادية.
٣- وأنها تقدم من خلال السياق الرسمي(كالمؤسسات الاجتماعية) أوالسياق غير الرسمي(متضمنا أفراد العائلة والأصدقاء والجيران).
٤- وهي تسهم في عزل وتخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة المثيرة للمشقة.
٥- وأن إدراك الفرد لمدي تمتعه بها له علاقة بتعزيز التوافق وتقوية أساليب المواجهة لديه.

٦- ومن مكوناتها الأساسية حجم الشبكة الاجتماعية للفرد والوظائف التي تقوم بها.

٧- وتتباين ملاءمة المساندة الاجتماعية وظيفياً بتباين مثيرات المشقة.

٨- وتتسم العلاقة بين المساندة والمشقة بأنها تبادلية، حيث تتضمن كثيراً من أحداث الحياة الشاقة حدوث تغييرات مفاجئة في المساندة الاجتماعية.

٩- وتعتمد فاعلية المساندة علي المصدر الذي تأتي منه، فالمساندة من زملاء العمل تكون فعالة في مواجهة المشكلات التي تتعلق بالعمل، أوالمشقة المهنية، بينما المساندة من شريك الحياة والأصدقاء خارج العمل لا تحقق نفس الفعالية(مبروك، ٢٠٠١، ص ص٦٥- ٦٦).

وتستخلص الدراسة الراهنة تعريفاً لمصطلح المساندة النفسية الاجتماعية بأنها "إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له، يثق فيهم، ويهتمون به في أوقات الأزمات، يمدونه بأنماط المساندة المتعددة، سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة مساعدة مادية، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معاً".

وهكذا يتضح مدى أهمية المساندة الاجتماعية في تقليل وتخفيف الآثار السلبية للمشقة عموماً، **ولكن يثار تساؤل عن الكيفية التي تؤثر بها المساندة على الصحة الجسمية والنفسية؟**، هناك ثلاثة افتراضات مطروحة لتفسير العلاقة بين المرض والمساندة الاجتماعية:

- **التفسير الأول:** أن المساندة الاجتماعية تعمل على حماية الفرد من الإصابة بالأمراض الجسمية أوالعقلية، وهذا ما أكدته الدراسات، التي أوضحت دور المساندة الاجتماعية في تقليل الاستهداف للإصابة بمرض الذبحة الصدرية، وتوصلت إلى أن انخفاض العلاقات الاجتماعية يرتبط بشكل ملحوظ مع الإصابة بأمراض القلب((Turner et al.,1983).
- **التفسير الثاني:** أن الأفراد يصابون بالمرض بسبب نقص أوتغيير نظام المساندة الاجتماعية التي كانوا يتوافقون معها، ومن ناحية أخري قد تؤدي الإصابة

بالأمراض إلى حدوث تغيير في المساندة الاجتماعية، وهذا ما أكدته دراسة "وترمان"(١٩٧٩) التي انتهت إلى أن تشخيص بعض الأمراض المزمنة - كالأورام السرطانية أوالربو - عادة ما يأتي مصاحباً أوتالياً لاضطراب في العلاقات الاجتماعية، وبالتالي تغيير في نظام المساندة (Kaplan et al., 1993,pp.143).

- **التفسير الثالث:** أن هناك بعض المتغيرات الوسيطة - كالمستوى الاقتصادي والاجتماعي وعوامل الشخصية - التي تؤثر على كل من المساندة الاجتماعية والإصابة بالأمراض، فتوصلت الدراسات إلى أن انخفاض مستوى المعيشة يؤدي إلى اضطراب المساندة الاجتماعية من ناحية، ويصيب الفرد من ناحية أخرى بأمراض القلب، كذلك أوضحت الدراسات أن الأفراد ذوي نمط (أ) في الشخصية يعانون من انخفاض المساندة، كما أنهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب(Ibid,p.144).

وفضلاً عن تلك الفروض، فإن مجال العناية بالمساندة في علاقتها بالصحة يكشف عن نماذج نظرية أكثر تحليلاً لتلك العلاقة.

النماذج النظرية المفسرة لدور المساندة:

ولقد قدم "كوهن" و"ويلز"(Cohen & Wills,1985) نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة في مواجهة المشقة الصحية، وهما: نموذج تخفيف الأثر[١]، ونموذج التأثير الرئيسي[٢].

النموذج الأول

يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية تؤثر على الصحة فقط بالنسبة للأفراد الذين يقعون تحت ضغط المشقة، حيث تعمل المساندة على تخفيف أوحماية الأفراد من التأثيرات السلبية للمشقة. وهناك آليات عديدة تعمل من خلالها المساندة

(1) Buffering – Effect Model.
(2) Main - Effect Model.

في ظل هذا النموذج، وقد وضع "كوهن" و"ويلز"(١٩٨٥) آليتين على الأقل لتفسير كيفية قيام المساندة الاجتماعية بالتخفيف من آثار المشقة والضغوط الواقع تحتها الأفراد كالتالي:

- **الآلية الأولى:** تؤثر المساندة على العمليات المعرفية الإدراكية للفرد الواقع تحت المشقة، فالفرد الذي يقابل مصدراً للمشقة المرتفعة. مثل الأزمة المادية. في ظل توفير مساندة له من قبل المحيطين به سواء أكان عن طريق مساعدته ماليا من أفراد عائلته أم عن طريق تزويده بعمل يمكنه من كسب مزيد من المال، يدرك الموقف بأنه لم يعد شاقاً.
- **الآلية الثانية:** تتدخل المساندة الاجتماعية لتعمل على تعديل آثار أحداث الحياة المسببة للمشقة والنواتج المترتبة عليها، فيعمل أعضاء بيئته الاجتماعية على تهدئه الفرد أوإقناعه بأن المشكلة ليست مهمة أومؤثرة، أويحاولون تقليل مخاوفه، أوتشجيعه على التركيز علي الجانب الإيجابي في حياته، وبالتالي يصحح الفرد صورته عن ذاته وعن الموقف (Kansasty & Norris,1993 ; Kaplan et al.,1993,p.141; Quittner, Glueckauf & Jackson,1990; Sarafino, 1998,p.100).

النموذج الثاني

يقترح هذا النموذج أن المساندة لها تأثير مفيد على حياة الفرد، وصحته الجسمية بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت مشقة أم لا، ومع هذا فهي لا تعد أهم المتغيرات المؤثرة على صحة الفرد. أما مناحي التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية، فهي تتمثل في:

١- تعمل المساندة على تعديل صورة الفرد عن ذاته، وإحساسه بالانتماء سواء أكان يمر بحدث مشق أم لا.

٢- تعمل المساندة على دعم السلوكات الصحية لدى الفرد، حيث أشار "بلاك" Black وآخرون(١٩٩٠) إلى أن نقص وزن الأفراد المشاركون في برامج إنقاص الوزن يرجع إلى دعم الأهل للنظام الغذائي المتبع في هذا البرنامج.

٣- يؤدي شعور الشخص باهتمام الآخرين به في المراحل المبكرة من المرض، إلى تشجيعه على الاهتمام بصحته قبل أن يتفاقم المرض لديه، وكذلك تشجيعه على اتخاذ أسلوب حياة صحي.

يؤثر شعور الفرد بالمساندة الاجتماعية، على المداومة في ممارسة التمرينات، وتناول الأدوية بشكل منتظم واتباع نصائح الطبيب، بالمقارنة بغيره ممن لا يتلقى المساندة (Falke et al.,1986 ; Kansasty & Norris,1993 ; Quittner et al., 1990 ; Penninx et al.,1998 ; Sarafino, 1998,p.100).

وعلى الرغم من التأثير الإيجابي للمساندة، توحي بعض الدراسات بوجود تأثير سلبي لها، أوبافتقادها للفاعلية، ويظهر هذا في الحالات التالية:

- **الحالة الأولى:** أوضح "دنكيل" Dunkel وآخرون(١٩٩٠) أن المساندة ربما تكون متاحة، ومع ذلك لا نشعر بها إما لكونها غير جوهرية أولأنها تقدم في الوقت غير المناسب، وبالتالي لا ندركها على أنها مساندة، ومن ثم لا تقلل أو تخفف المشقة، فقد يدرك الفرد أن المساندة المقدمة، من قبل المحيطين، بأنها عطف وشفقة وليست مساندة، ومن ثم لا تأتي المساندة بثمارها المتوقعة، لاختلاف إدراك الفرد لها.
- **الحالة الثانية:** أشارت "كارولين" Carolyn(١٩٩٠) إلى أننا لا نشعر بالمساندة المقدمة عندما لا يتطابق نوع المساندة مع الحاجة التي تنتج عنها المشقة، فإذا تعطلت السيارة الخاصة بالفرد، فلن تقلل المساندة الوجدانية المقدمة من المسافرين من درجة المشقة لدى الفرد، وفي هذه الحالة تعد المساندة الأدائية أكثر ملاءمة مع أحداث المشقة حتى يمكن السيطرة والتحكم فيها، أما المساندة الوجدانية فهي أكثر ملاءمة للأحداث غير القابلة للتحكم فيها.
- **الحالة الثالثة:** أبرز "بيرج"Burg(١٩٩٠) بعض الظروف التي تؤثر فيها الروابط الاجتماعية بشكل سلبي أومؤذ، وخاصة عندما يكون المحيطون بالفرد سيئين، فقد يشجع الفرد على سلوك الشراب أثناء موقف المشقة، أويشجع على تناول بعض المواد المضرة بالصحة، أويحاول المحيطون به التشكيك فيما

يقول الطبيب، وغيرها من الأساليب التي تؤدي إلى نواتج صحية سلبية .((Sarafino, 1998,p.101

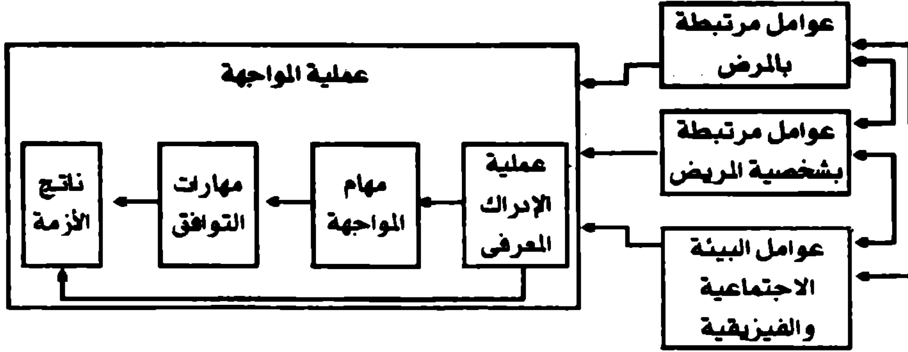
وهكذا يتضح تعدد أنماط المساندة وتعدد مصادرها، كما يتضح أن للمساندة دور ما في المشقة قد يكون إيجابياً أوسلبياً، الأمر الذي يحكمه عوامل متعددة، مثل الوقت الذي تقدم فيه المساندة ونوع المشقة النفسية أوالجسمية التي تواجه الفرد، وهذا كله يوحي بأهمية العناية بأنماط المساندة ونتائجها، ونحن بصدد الاهتمام بمرضى الأورام السرطانية في الدراسة الراهنة.

التعقيب:

يتضح من العرض السابق أهمية كل من مفهوم المواجهة ومفهوم المساندة في مجال المشقة بصفة عامة، وقد تناولنا هذين المفهومين بشكل مستقل، ولكنهما في الواقع - وخاصة في مجال الأمراض المزمنة - في حالة تفاعل وصلة مستمرة، لذا نري من الضروري إلقاء الضوء على تفاعلهما معاً من خلال إطار نظري جامع لهذين المفهومين معاً . ولعل أهم النظريات وأكثرها ارتباطا بالمفهومين، هي **نظرية الأزمة**[1] ' التي حاول "موس"Moos(١٩٨٦) من خلالها تفسير اختلاف الأفراد في استجابتهم المواجهة بعد معرفتهم بطبيعة مرضهم المزمن. وقد وصف "موس" من خلال نظريته عدد من المؤثرات التي يعتمد عليها مفهوم المواجهة، بعض هذه المؤثرات يرجع إلى المرض، وبعضها الآخر يرجع إلى شخصية المريض، وبعضها الأخير يرجع إلى البيئة الاجتماعية والفيزيقية. ويوضح الشكل التالي (٢- ١) المؤثرات الثلاثة التي تشكل ناتج الأزمة.

---

(1) Crisis Theory.



شكل(٢ – ١) المؤثرات التي تشكل ناتج الأزمة والتفاعل فيما بينهما وبعضها بعضا

((Through: Hoff, 1995,p.19; Sarafino, 1998,p.389

ويوضح الشكل السابق المؤثرات الثلاثة – العوامل في اليسار . التي تتفاعل معا لتؤثر على العمليات الوسيطية . المتمثلة في عمليات الإدراك ومهام التوافق ومهارات المواجهة . لتؤدى إلى نواتج تختلف من فرد لآخر. وسوف نعرض لكل مكون منها على حدة، لتوضيح دوره في هذه النظرية، وليفسر سبب ظهور الناتج بهذا الشكل، وفيما يلي عرض لهذه المؤثرات:

١- العوامل المرتبطة بالمرض[1] :

تمثل بعض المشكلات الصحية تهديداً أكبر للفرد بالمقارنة بغيرها من المشكلات، فنجد بعضها يكون أكثر ألماً، أوعجزاً، أوتشويهاً، أوتهديداً للحياة، ويكون بعضها الآخر غير ذلك، فتعد التشوهات المرتبطة بالمرض من الأسباب التي تعوق عملية التوافق خاصة عندما تكون التشوهات ملحوظة، ولا يمكن إخفاؤها عن الآخرين. كذلك أوضح "نورريس" Norris وآخرون(١٩٩٠) أن الأمراض التي تحدث تغييراً في الوظائف الجسمية – كالأمراض التي تتطلب مدعمات صناعية – تجد صعوبة في المواجهة لدي المرضى. ولكن لا يتوقف الأمر عند أنماط الأمراض فقط، بل يمتد ليشمل أنماط العلاجات المتعددة، فتحتوي بعض العلاجات على ألم شديد، بينما يحتوي بعضها الأخر على تأثيرات جانبية خطيرة. فمن اختلاف

(1) Illness – Related Factors.

الأمراض وأعراضها و العلاجات المستخدمة لكل منهم، نجد بعض هذه الأمراض ترتبط بسوء المواجهة والتوافق لدى المرضى، بينما على العكس نجد بعض هذه الأمراض مرتبطة بتوافق جيد(Sarafino,1998, p.399).

لذا لابد من معرفة العوامل المرتبطة بكل مرض على حدة، حتى نستطيع فهم وتفسير نواتج المواجهة.

٢- العوامل المرتبطة بالشخصية وخلفيتها الثقافية[1] :

أوضح "موس" و "شيفر"Schaefer(١٩٨٦) أن اختلاف الأفراد في طرق مواجهة الأمراض الصحية المزمنة يرجع إلى عوامل ديموجرافية وشخصية، كالعمر، والجنس، والطبقة الاجتماعية، والمعتقدات الدينية، وتقدير الذات، والنضج الانفعالي.

فوجد "موس"(١٩٨٢) . بالنسبة **للفروق الجنسية** . أن الذكور أكثر شعوراً بالتهديد من انخفاض الطموح، أوالهمة، أوالقصور الجسمي نتيجة الإصابة بمرض مزمن، وذلك بالمقارنة بالإناث.

أما بالنسبة **للمرحلة العمرية**، فهي من العوامل الرئيسة المؤثرة على طرق المواجهة، حيث أوضح "بيباكى" Bibace وآخرون(١٩٧٩) أن قدرات الطفل تمنعه من فهم طبيعة مرضه، و العلاجات المقدمة، والتأثيرات طويلة المدى للعلاجات، بينما المراهقون قادرون على فهم طبيعة مرضهم، ولكن بالرغم من هذا الفهم، ذكر "ستون" Stone(١٩٨٥) أنهم يحتاجون إلى تقبل من آبائهم باستمرار، حتى يشعروا بأنهم مثل الآخرين ولا ينقصهم شيء، ومن ثم تتغير طرق المواجهة مع تقدم العمر، بحيث تلائم طبيعة كل مرحلة عمرية.

أما عن **المعتقدات المرتبطة بالمرض والصحة** فتؤثر بشكل جوهري، فإذا ما كان لدي الفرد اعتقاد بأن الألم هو المحدد الرئيسي للمرض، فمن ثم فهو لا يشعر

(1) Background and Personal Factors.

بأي تطور للمرض، خاصة بالنسبة للأمراض التي ليس لها أعراض واضحة (Ibid.p.391).

فهذه بعض الأمثلة، التي توضح دور العوامل الشخصية والخلفية في تنوع طرق المواجهة من فرد لآخر، حسب ما يمتلكه كل فرد من سمات شخصية وقدرات عقلية وغيرها من البناءات النفسية التي تميزه عن غيره.

٣- عوامل البيئة الاجتماعية والفيزيقية[١] :

تتعدد ملامح البيئة الاجتماعية والفيزيقية التي نعيش فيها، ومع تعدد ملامحها، نجد تنوعاً في طرق المواجهة مع الأمراض الصحية المزمنة، فالملامح الفيزيقية لبيئة المستشفى- على سبيل المثال – قد تصيب بعض المرضى بالاكتئاب، ويزول هذا الاكتئاب مع العودة إلى المنزل، بينما نجد بعضها الآخر على العكس من ذلك، حيث يرغبون في العلاج بالمستشفى عن البقاء في المنزل، خاصة عندما يكونوا عاجزين عن أداء بعض مهام مساعدة الذات كالملبس أوتناول الأطعمة. هذا عن البيئة الفيزيقية، أما البيئة الاجتماعية، فهي من المؤثرات القوية لتوافق ومواجهة الفرد مع المرض، وقد أوضح ذلك كل من "كرنس" Kerns و"وايز"(١٩٩٤)، حيث أشارا إلى أن غياب المساندة الاجتماعية، التي توفرها البيئة الاجتماعية، من المحيطين بالمريض، تعد سبباً مباشراً لضعف توافق المريض وتعايشه مع مرضه، ويحتاج المرضى بشكل مستمر إلى مساندة اجتماعية ووجدانية من العائلة والأقارب والأصدقاء والجيران، وذلك لتعطيهم دافعاً للمواجهة وللتوافق مع مرضهم (Ibid.p.392).

هذا عن المؤثرات الثلاثة التي وضعها "موس" لتفسير تنوع طرق المواجهة التي يستخدمها الفرد لمعالجة الأزمة، المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن. ولكن لابد من التأكيد على أن هذه المؤثرات في حالة تفاعل مستمر مع بعضها بعضا.

(1) Physical and Social Environmental Factors.

٤- عملية المواجهة[1]

يرى "موس" أن عملية المواجهة، تبدأ بالإدراك المعرفي لمعنى المشكلة الصحية التي يتعرض لها الفرد، ويؤدي ناتج هذا الإدراك إلى وصف مهام التوافق، والتي يسعى المريض لتحقيق هذه المهام من خلال مهارات المواجهة، وقد ميز "موس" (١٩٨٢) بين نمطين لمهام التوافق والمواجهة، هما:

مهام المواجهة والتوافق المرتبطة بالمرض والعلاج[2]، وتشتمل على:

أ- المواجهة مع الأعراض أوالعجز المكتسب الناتج بسبب المشكلة الصحية.

ب- والتوافق مع بيئة المستشفى والإجراءات الطبية المستخدمة في علاج المشكلة الصحية.

ج- والحفاظ على علاقات حميمة مع المحيطين.

ومهام المواجهة المرتبطة بالوظيفة النفسية الاجتماعية العامة[3]، وتشتمل على:

١- التحكم في المشاعر السلبية والحفاظ على النظرة الإيجابية للمستقبل.

٢- واستمرار الرضا الذاتي و الإحساس بالتكامل.

٣- والحفاظ على استمرار العلاقات الحميمة مع العائلة والأصدقاء.

٤- والإعداد والتخطيط للمستقبل المبهم بالنسبة للمريض.

ويسعى المرضى لتحقيق هذه الأهداف، على الرغم من صعوبة تحقيقها لدى مرضى المشكلات الصحية، والمترتب عليها العجز الشديد أوالتشويه أوالوفاة، ولكن يحاول المرضى أن يديروا حياتهم بشكل أفضل . ولكي يستطيع المرضى تحقيق هذه المهام، التي تؤدي إلى تيسير التوافق النفسي الاجتماعي، وبالتالي توقع حدوث ناتج إيجابي للأزمة، فكان لابد عليهم من توظيف بعض مهارات المواجهة، وقد حصر "موس"(١٩٨٢) عدداً من المهارات التي يستخدمها المرضى، وهي:

(1) The Coping Process.
(2) Tasks related to the Illness or Treatment.
(3) Tasks related to general psychosocial functioning.

١- الإنكار أو تقليل خطورة الموقف.

٢- وطلب معلومات عن المشكلة الصحية والإجراءات العلاجية.

٣- والحصول على المساندة الوجدانية و الوسيلية من الأسرة.

٤- وإمكانية تغيير المشقة.

وأوضح "موس" أن بعض هذه المهارات المواجهة يحقق معالجة أفضل للموقف المثير للمشقة النفسية من غيرها، ويستخدم المرضى هذه المهارات بشكل انتقائي وتركيبي(Ibid,p.393)).

ويتضح من العرض السابق، أن نظرية "موس" تعد تطبيقاً للمنحى المعرفي في مجال الأمراض المزمنة، والذي حاول تفسير تنوع طرق أواستراتيجيات المواجهة، وذلك اعتماداً على المؤثرات السابقة، والتي من أهمها البيئة الاجتماعية، وما تقدمه للفرد من مساندة له، تعينه وتساعده على المواجهة مع المشقة، وبالتالي يتحدد في النهاية ناتج الأزمة، سواء أكان إيجابياً(تحقيق التوافق) أم سلبياً(عدم تحقيق التوافق).

وبانتهاء عرض نظرية الأزمة، نكون قد انتهينا من الفصل الثالث، الذي اعتمدنا فيه على تقديم تصور نظري لكل من مفهوم المواجهة ومفهوم المساندة، وختمنا الفصل بالإطار النظري الرابط بين المفهومين معاً.

ملخص الفصل:

ينقسم هذا الفصل إلى ثلاثة أجزاء رئيسة، **الجزء الأول** خصص للتعرف على طبيعة مفهوم المواجهة، وتناول نبذة تاريخية عن نشأة المفهوم وتطور استخدامه، ثم عرض للتعريفات المختلفة التي قدمت له عبر الإنتاج الفكري النفسي، وتم الانتهاء من هذا العرض بتحليل للعناصر التي تضمنتها التعريفات، ثم تم تقديم تعريف مقترح روعي فيه التركيز على أهم ما يميز هذا المفهوم عن غيره من المفاهيم الأخرى، ثم عرضنا لأهم النظريات المفسرة للمفهوم.

أما **الجزء الثاني** من هذا الفصل فقد ركزنا على مفهوم المساندة الاجتماعية، وتم عرض أهم التعريفات المطروحة للمفهوم، وتصنفيها إلى نوعين هما: التعريفات البنائية، و التعريفات الوظيفية، ثم قدمنا عرضاً مختصراً لأهم المناحي النظرية المفسرة لمفهوم المساندة، وما يقوم به كل منحى من دور حيوي ومهم في خفض المشقة.

ثم تم الانتقال إلى الجزء **الثالث والأخير**، وهو التعقيب على ما سبق، بالإضافة إلى عرض أهم الأطر النظرية الرابطة بين مفهوم المواجهة ومفهوم المساندة الاجتماعية معاً، مع التركيز على وصف أدوارهما في السياق المرضي.

الفصل الثالث

مفاهيم العجز المكتسب وقلق الموت
والتشاؤم والمشقة النفسية: إطار نظري مشترك

- مفهوم العجز المكتسب.
- مفهوم قلق الموت.
- مفهوم التشاؤم.
- مفهوم المشقة النفسية.

يختص هذا الفصل بإلقاء الضوء على باقي المفاهيم النفسية التي تعنى بها الدراسة الراهنة، وذلك لتوضيح موضع هذه المفاهيم داخل الإطار النظري المتصل بها، وكذلك لنبرز تأثيرهم وأهميتهم في مجال الأمراض المزمنة، ولذا سنركز في هذا الفصل على التعريفات والأطر النظرية المفسرة لكل من المفاهيم التالية:

١- مفهوم العجز المكتسب.
٢- مفهوم قلق الموت
٣- مفهوم التشاؤم.
٤- مفهوم المشقة النفسية.

أولاً: مفهوم العجز المكتسب

قدم كل من "ستيفن" Steven و"بروسي" Bruce و"سيلجمان" Seligman (١٩٦٠) مفهوم العجز المكتسب أثناء إجرائهم تجارب لدراسة تشريط الخوف عند الحيوانات، حيث تتعرض الكلاب المقيدة في سرير بافلوف إلى التشريط الكلاسيكي، المتمثل في سماعهم لنغمات تتبعها صدمات كهربائية متوسطة الشدة - ولكنها ليست ضارة جسمياً -، وتكافح الكلاب لتجنب هذه الصدمات ولكن دون جدوى . وبعد الانتهاء من هذه التجربة، وضع "سيلجمان" وزملاؤه مجموعة الكلاب نفسها في صندوق له جانبين، يسمح بتحرك الكلاب من جانب لآخر، للهروب من الصدمات الكهربائية غير المنتظمة، وبعد حوالي خمسين صدمة، أصبحت الكلاب عديمة الاكتراث، وفي حالة سكون وهدوء تام، بالإضافة إلى جلوسهم في الجزء الأمامي من الصندوق تتلقى الصدمات بشكل سلبي، ووصف "سيلجمان" وزملاؤه هذه الحالة بتعلم الكلاب العجز عن طريق تفادي الصدمات والهروب منها(Seligman, Klein & Miller, 1976, pp.169-170)؛ جمعة سيد يوسف، ٢٠٠١، ص ص ١٠٥- ١٠٦).

التعريف:

وفي ضوء هذه النتائج استنبط "سيلجمان" وزملاؤه تعريف العجز المكتسب بأنه "حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة تكرار تعرضه لأحداث مشقة تتسم بفقدان القابلية للتحكم[1] فيها من قبل الفرد". ويعتبر مفهوم "العجز" أو"عدم التحكم" هو حجر الأساس في فهم مفهوم العجز المكتسب، ويرتكز على شرطين ضروريين، وهما:

- الاستجابة الاختيارية أوالإرادية[2]
- العائد المستقل عن الاستجابة[3]

وتبرز الاستجابة الاختيارية من خلال منحى التعلم. الاشتراط الإجرائي. الذي قدمه "ثورنديك" Thorndike، وتطور على يد "سكينر" Skinner، فالاستجابة عند أصحاب منحى الاشتراط الإجرائي يمكن تعديلها سواء أكان بالمكافأة أم بالعقاب، أي يمكن زيادتها بالمكافأة أوتقليلها بالعقاب، وبالتالي يكون العائد تابع للاستجابة. ولكن أضاف علماء التعلم أنه في بعض الأحيان تكون الاستجابة مستقلة عن العائد، أي أن احتمالات حدوث العائد واردة سواء حدثت الاستجابة أم لا، وبالتالي تكون الاستجابة اختيارية (Seligman,1975,pp.9-11).

ويري الباحثون أن العجز المكتسب "ما هو إلا انخفاض في معدل اكتساب السلوك نتيجة لتقديم عائد للفرد يدل على أن الناتج مستقل عن استجابته، أونتيجة لعجز الفرد عن إدراك العلاقة بين سلوكه وما يترتب عليه من نتائج" (Levis, 1976).

ولم يكتف "سيلجمان" بالوقوف عند مستوى وصف الظروف التي تؤدي إلي هذه الحالة من تعلم العجز المكتسب، بل أجرى عدة تجارب متلاحقة على الحيوانات وكذلك على الإنسان، وتوصل إلي نظرية تتضمن تفسير كيفية حدوث حالة العجز المكتسب.

---

(1) Uncontrollability.
(2) Voluntary Response.
(3) Response -Outcome Independence.

نظرية سيلجمان للعجز المكتسب:

درس "سيلجمان" وزملاؤه مفهوم العجز المكتسب منذ سنة ١٩٦٠ حتى سنة ١٩٦٩ على مائة وخمسين كلباً، وكشفت نتائجهم أن خمسين كلباً تمكنوا من الهروب من الصدمات بشكل فعال، وتعلموا تجنبها من خلال قفز الحاجز قبل تقديم الصدمة، بينما أصيب مائة كلب آخرين بحالة العجز المكتسب، وأصبح سلوكهم عاجزاً حتى في بيئتهم الطبيعية، فهم دائما في حالة سكون وهدوء ولا يحاولون الحركة. ولمزيد من التأكد من هذه النتائج اعتمدت نظرية "سيلجمان" على تجارب "التصميم الثلاثي"[1] ، حيث دربت الكلاب في صندوق معدني على تجنب الصدمات الكهربائية من خلال الضغط بأنوفهم على لوح خشبي، ثم قسمت عينة الكلاب إلى ثلاث مجموعات، اتبعت معها الإجراءات على النحو التالي: **المجموعة الأولى**: كانت تتلقى صدمات محددة العدد والشدة والنمط، وفي الوقت نفسه كان لديها إمكانية التحكم في هذه الصدمات. **أما المجموعة الثانية** فقد تلقت الصدمات بالشكل السابق نفسه، مع إضافة عجزها عن التحكم في تجنب الصدمات، فهي تتعرض باستمرار لهذه الصدمات مهما حاولت تجنبها، أما **المجموعة الثالثة** فكانت مجموعة ضابطة، أي لا تتعرض لأي صدمات كهربائية.

ووجد "سيلجمان" - بعد يوم كامل من إجراء التجربة - أن **كلا من المجموعة الأولى والمجموعة الثالثة** تستطيع الخروج من الصندوق بشكل فعال بمجرد ضغطهم على اللوحة الخشبية، أما **المجموعة الثانية** فقد فشلت في تجنب الصدمات والخروج من الصندوق، وأصيبت بحالة العجز واليأس (Peterson, Marie & Seligman,1993,pp.21-23).

كما امتد "سيلجمان" بالتصميم الثلاثي لإجراء التجارب على الإنسان، فقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات حسب التصميم السابق، بحيث يتعرض الأفراد إلى أحداث منفرة كالضوضاء المرتفعة أوالصدمات الكهربائية أوالمشكلات الصعبة، وأجريت التجربة كالتالي، **المجموعة الأولى**: بالرغم من تعرضها لهذه

(1) The Triadic Design.

الأحداث المنفرة، أُخبرت باستطاعتها التحكم في هذه الأحداث. **أما المجموعة الثانية**: فقد تعرضت كذلك لنفس الأحداث المنفرة، بالإضافة إلى إخبارها بالعجز عن التحكم في هذه الأحداث: بمعنى أنها مهما حاولت لن تستطيع عمل شيء لوقف الضوضاء أولتجنب الصدمات أولحل المشكلات. ثم **المجموعة الثالثة والأخيرة**: فهي مجموعة ضابطة، أي لا تتعرض لهذه الأحداث المنفرة(Ibid,p.311).

وتوصلت التجربة الأخيرة إلى نتائج مشابهة لتلك التي خرجت بها التجربة الأسبق، على الرغم من المأخذ الذي أُخذ على التجارب المعملية لاختلاف استجابات الأفراد ومشاعرهم وأفكارهم حينما يواجهوا الأحداث المنفرة نفسها في بيئتهم الطبيعة عن استجاباتهم حينما يواجهون هذه الأحداث نفسها في بيئة المعمل. وأضافت التجربة أن العجز المكتسب هو من خصائص الكائنات الحية سواء أكانوا بشراً أم حيوانات، ولكن إذا أخذنا مفهوم العجز المكتسب كمبدأ تفسيري للاكتئاب وللقلق وللموت المفاجئ، فلابد من عدم النظر إلى الصدمة في حد ذاتها، بل النظر إلى العجز عن التحكم في هذه الصدمات. فعندما يعتقد الفرد بأنه ليس هناك ما يستطيع عمله للتحكم في الأحداث السلبية والمؤلمة، فهو يتوقع العجز حيال هذه الأحداث، وبالتالي يصبح يائساً وقانطاً وأقل قدرة على تعلم كيفية التحكم في النواتج السلبية - حتى ولو كان في الواقع قادراً على التحكم في النواتج السلبية - وفي حالة انسحاب، وإحساس بعدم القيمة(Mischel, 1997,p.430).

وقد ساعدت تلك النتائج على بلورة إطار نظري يصف خصائص المواقف التي تُعرض الإنسان أوالحيوان للإصابة بحالة العجز، ومن ثم لم يكتف هذا الإطار النظري فقط بتفسير سلوك الكائن والتحكم فيه، بل امتد كذلك للتنبؤ بسلوك الكائن الحي في المواقف المشابهة.

فبدأ "سيلجمان" نظريته بطرح تساؤل هو " **لماذا يصاب بعض الأفراد بحالة العجز، بينما لا يصاب بعضهم الآخر حينما يواجهوا أحداثاً لا يستطيعون التحكم فيها** "؟، وحاول الإجابة عن هذا التساؤل في ضوء افتراض ثلاثة مكونات رئيسة لتفسير مفهوم العجز المكتسب، وهي:

- المكون الأول: الدافعية[1]
- المكون الثاني: المعرفة[2]
- المكون الثالث: الانفعال[3]

(Solomon, 2002)

فعندما يواجه الإنسان أوالحيوان متغيراً يبدو مستقلاً عن استجابته، فإنه يتعلم أن المتغير لا يرتبط بسلوكه، وهذا يعد حجر الأساس في نظرية "سيلجمان"، ولتفسير دور هذه المكونات الثلاثة في تفسير العجز المكتسب . طبقاً لنظرية سيلجمان . يلزم البدء من مقدمة مؤداها أن أغلب ما نتعلمه هو نتاج ارتباط استجابة ما بنتائج معينة لها، ومن بين ما يشتمل عليه هذا الارتباط الدعم المقدم لاستجابة الفرد، وبحدوث الدعم على هذا النحو يتكون لدى الفرد فرض احتمالي[4] مضمونه أن العائد يترتب على الاستجابة المؤداه، ويقصد **بالاحتمالية أوبالفرض الاحتمالي** العلاقة الموضوعية بين استجابة الفرد والنواتج المترتبة على استجابته أما إذا انفصل العائد عن الاستجابة، فإن الفرد يكون احتمالاً مؤداه أن الناتج سوف يحدث بغض النظر عن ظهور الاستجابة من عدمه، وبالتالي ينعكس هذا الاحتمال على الفرد سلوكياً ومعرفياً ووجدانياً. فيميل الفرد **سلوكياً** إلى تقليل وخفض الاستجابة، **ومعرفياً** إلى تكوين اعتقاد بانفصال الاستجابة عن العائد، ويتمثل **وجدانياً** في إصابة الفرد بالقلق والاكتئاب (Bodner & Mkkulincer, 1998 ; Bruce,1996 ; Seligman, 1975, pp.46-47; Seligman & Weiss, 1980).

إذن فالتوقع[5] بانفصال الاستجابة عن العائد يعتبر بمثابة الشرط الرئيسي لخفض الدافعية وللاضطراب المعرفي والانفعالي الملازمين للشعور بالعجز، **فكيف لهذا التوقع أن يسبب خللاً واضطراباً لهذه المكونات الثلاثة سواء أكانت الدافعية**

(1) Motivation.
(2) Cognition.
(3) Emotion.
(4) Contingency.
(5) The Expectation.

أم المعرفية أم الانفعالية؟ هذا ما سنوضحه الآن من خلال عرض لهذه الاختلالات والاضطرابات.

١- **اضطراب الدافعية**(١) : إن تعلم الفرد أن العائد ينفصل عن الاستجابة، يجعله يكون توقعا واعتقادا سلبيا، وهذا يؤدي بدوره إلى خفض الباعث أوالدافع للقيام بالاستجابة الاختيارية للتحكم في أي عائد، وبالتالي تنخفض استجابة الفرد بشكل ملحوظ . وقد تأكد تأثير الدافع من خلال دراسة تجريبية، أسفرت نتائجها عن أن حوالي ٦٠٪ من أفراد العينة لم يستطيعوا الهروب من الصدمة، بالرغم من قدرتهم على ذلك، وبسؤال الأفراد تبين أن لديهم توقعاً بأنهم لن يستطيعوا فعل شيء لتجنب الصدمة، لذا فلم يحاولوا. وهكذا يتضح أن الاعتقاد المكون لديهم أدى إلى خفض الدافع للقيام بالاستجابة.

٢- **الاضطراب المعرفي**(٢) : ينعكس التوقع المكون عن انفصال العائد عن الاستجابة على كيفية تعلم الفرد الربط بين الاستجابة ونتائجها، ومن هنا يجد الفرد صعوبة في التعلم، كما يؤدي ذلك إلى تداخل بين التعلم القديم والتعلم الحديث. وذكر "تستا" Testa وآخرون (١٩٧٤) أن الاضطراب المعرفي هو المتغير الأساسي وراء تعلم الأفراد العجز.

٣- **الاضطراب الانفعالي**(٣) : يؤدي تعرض الفرد لحدث صدمي إلى زيادة الحالة الانفعالية ـ التي تسمى بالخوف ـ وهذه الحالة تستمر حتى يحدث أي من الموقفين التاليين:-

- إذا تعلم الفرد أنه يستطيع التحكم في الصدمة، فالخوف يقل وربما لا يظهر مرة أخرى.
- إذا تعلم أنه لا يستطيع التحكم فيها، فسوف يقل القلق والخوف المرتبط بحدوث الصدمة ليحل محله الاكتئاب.

(1) Motivational Disturbance.
(2) Cognitive Disturbance.
(3) Emotional Disturbance.

ويعد الاضطراب الانفعالي من أسوأ الاضطرابات، فالخوف والغضب يزودان الفرد بطاقة انفعالية مرتفعة في مواقف العجز(Maier & Seligman,1976)).

وهكذا نستخلص من نظرية "سيلجمان" أن توقع انفصال الاستجابة والعائد، يؤدي إلى:

- خفض الدافع لمحاولة التحكم في العائد.
- حدوث تداخل بين التعلم القديم والتعلم الحديث.
- تولد خوف مستمر خاصة إذا كان الفرد متشككاً في قدرته على التحكم في العائد، ومن المحتمل أن يحل محله الاكتئاب.

(Abramson & Seligman, 1978,pp.49-52)

كما أضاف "سيلجمان" وزملاءه ثلاثة عوامل تحول دون تعميم حالة العجز من موقف إلى موقف آخر. بمعنى أننا نجد أنفسنا عاجزين في موقف ما، ونكون غير ذلك في مواقف أخرى. وهي:

١- **الحصانة عن طريق التوقعات المضادة**[1] : يمارس التاريخ السابق للفرد تأثيراً مهماً في منع الشعور بالعجز من التعميم عبر المواقف الأخرى، حيث يميل الفرد الذي لديه خبرة سابقة في التحكم إلى تكوين توقع بأن العائد الناتج يسهل التحكم فيه، أما الفرد الذي لديه تاريخ سابق بعدم التحكم يجد صعوبة في تكوين توقع أواعتقاد بأن العائد يسهل التحكم فيه، حتى ولو كان هذا العائد يمكن التحكم فيه بالفعل.

٢- **الحصانة عن طريق التحكم التمييزي**[2] : يتوقف العامل الثاني على قدرة الفرد على تمييز المواقف، فإذا تعلم الفرد العجز في موقف ما، وكذلك تعلم التحكم في موقف آخر، فهذا يجعله يميز بين الموقفين.

٣- **القوة النسبية للنواتج**[1] : أما العامل الأخير في عدم امتداد العجز من موقف لآخر، فيتمثل في العلاقة الجوهرية بين الموقفين، فربما يعمم العجز من موقف

(1) Immunization by a contrary expectation.
(2) Immunization by discriminative control.

لأحداث صدمية إلى موقف آخر لأحداث صدمية أقل أهمية. ولكن على الأقل لا يوجد دلائل على امتداد العجز من موقف أقل أهمية إلى موقف أخر أكثر أهمية، بينما وجد أن العجز ينتقل فقط من مواقف مشقة إلى مواقف أخرى أقل مشقة (Seligman, 1975,p.61).

ومن ثم فمفهوم العجز المكتسب قد نتعلمه في موقف ما، ويصبح بعد ذلك أسلوبا لاستجابتنا، أوقد لا يتعدى مجرد الموقف الذي حدث فيه الشعور بالعجز، وهذا يتوقف على سمات الفرد وخصائص الموقف وطبيعة الحدث.

وبعد الانتهاء من عرض نظرية "سيلجمان"، وما أضافته تجاربه المعملية من تحديد عدد من الخصائص المميزة لسلوك الفرد الذي أصيب بالعجز المكتسب، يمكن القول أن الإصابة بالأورام السرطانية ليست هي موضع عنايتنا، ولكن ما يعنينا كاختصاصيين نفسيين هو مدى قدرة الفرد على التحكم في هذا الحدث الصدمي، لذا فطبقا لنظرية "سيلجمان" لا يجب أن ننظر إلى الورم في حد ذاته، بل لابد من التركيز على مدى قدرة الفرد على التحكم في هذا الحدث الصدمي، كمؤشر على الإصابة بالعجز المكتسب.

هذا وبالرغم من نجاح النظرية في تحديد العوامل المؤدية للشعور بالعجز عند الإنسان والحيوان، فإنها لم توفق في تحديد ماهية العجز من حيث كونه سمة أم حالة، أوتفسير حدوثه كسمة وكحالة مزمنة أوحادة. وهذا ما حاولت **نظرية العزو أوالتعليل**[2] تفسيره من خلال اعتمادها على تفسير الفرد لسبب العجز المصاب به.

نظرية (العزو) أو (التعليل) في تفسير العجز المكتسب:

يرى "أبرامسون" Abramson(١٩٧٨) أن إصابة الفرد بالعجز يرجع لتكوين توقع لديه بانفصال استجابته عن العائد المترتب عليها، أما تفسير الفرد لهذا

(1) Relative strength of the outcomes.
(2) Attribution Th ry.

الانفصال فهو العامل الأساسي لإصابة الفرد بالعجز المزمن. وطبقاً لنظرية العزو، فهناك ثلاثة أبعاد للتفسير:

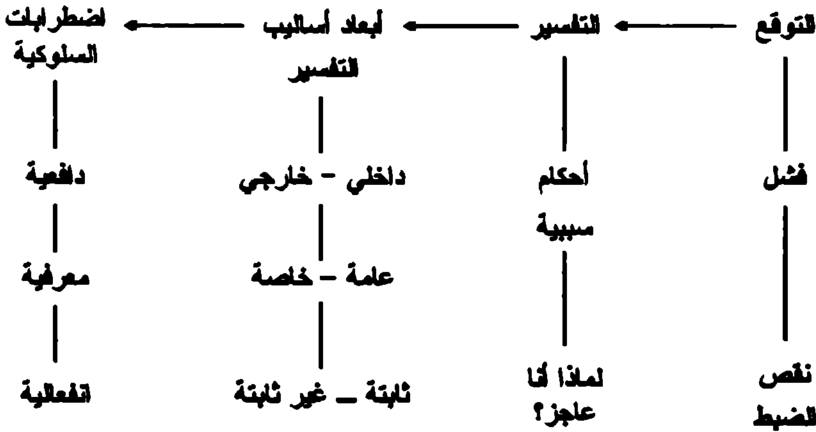
- **البعد الأول: ويعرف بأسلوب التفسير الداخلي في مقابل الخارجي**[1] ، فربما يفسر الفرد عدم الاتساق بين استجابته والعائد المترتب عليها تفسيراً داخلياً يرجع لعوامل شخصية، في حين يفسرها البعض الأخر تفسيراً خارجياً يرجع لعوامل بيئية . فقد يفسر الطالب رسوبه في مادة ما نتيجة عوامل خاصة به كضعف قدرته العقلية، أولضعف تحصيله الدراسي، وبالتالي فهو متوقع الفشل الدراسي، وهذا يعد نموذج للعجز للأسباب داخلية، في حين يفسر شخص أخر هذا الحدث نتيجة لعوامل خارجية مثل صعوبة الامتحان، أولعدم كفاية النوم، أوللمناخ السيئ، وهذا يعد نموذج للعجز للأسباب خارجية.
- **البعد الثاني: فيعرف بأسلوب التفسير العام في مقابل الخاص**[2] ، ويميز هذا البعد بين العجز العام والعجز الخاص، فالعجز العام يشير إلى أن الاضطرابات المصاحبة للعجز تمتد إلى مواقف أخري، في حين تقتصر هذه الاضطرابات على موقف محدد، كما في حالة العجز الخاص.
- **البعد الثالث: أسلوب التفسير الثابت في مقابل غير الثابت**[3] ، ويعتمد أسلوب التفسير الثابت على عوامل عامة عبر المواقف، في حين تكون هذه العوامل خاصة ومحددة بموقف ما في أسلوب التفسير غير الثابت (Banks & Kerns,1996 ; Quinless & Nelson,1998).

وأوضحت النظرية ذلك من خلال طرح الأمثلة المفسرة لذلك، فحينما يصاب الابن بمرض أورام الدم السرطانية، ويبذل الأب كل جهده لإنقاذه، ولكن دون جدوى، يستسلم الأب، ويعد هذا الاستسلام علامة من علامات العجز السلوكي، وبالرجوع إلى تفسير الأب نستطيع تحديد ما إذا كانت حالة العجز ترتبط بالموقف فقط - مرض الابن - أم تمتد لتشمل مواقف أخرى. فإذا كان تفسير الأب لهذا العجز

(1) Internality versus Externality.
(2) Global Versus Specific.
(3) Stable Versus Unstable.

بأنه عام، وثابت، ويرجع لعوامل داخلية، فهو يعد مصاباً بحالة عجز عامة عبر المواقف، إما إذا كان تفسيره يرتبط بأسباب خاصة، ومتغيرة، ويرجع لعوامل خارجية، فهو يكون مصاباً بحالة عجز تقتصر على هذا الموقف فقط، وبالتالي فهذه التفسيرات تحدد لنا خصائص حالة العجز (Abramson & Seligman,1978,p.52). أي أن نظرية "العزو" تركز على تفسير الفرد لحدث الإصابة بهذا المرض أكثر من قدرته على التحكم في الحدث ذاته.

ولكن ترى الأبحاث الراهنة المفسرة لمفهوم العجز المكتسب في السياقات المرضية كمرض الاكتئاب، وأمراض القلب، وغيرها من السياقات والمواقف المُشقة، أنه من الأفضل طرح نموذج جامع للنظريتين السابقتين معاً، حتى يتم تفسير هذا المفهوم بشكل تكاملي، أي يكون التركيز فيه على الحدث الصدمي وقدرة الفرد على التحكم من ناحية، وعلى تفسير الفرد لهذا الحدث من ناحية أخرى، ويوضح شكل (١.٣) نموذج نظري جامع لوجهتين النظريتين معاً لتفسير مفهوم العجز المكتسب عند الإنسان.



شكل (٣. ١) نموذج نظري لتفسير مفهوم العجز المكتسب عند الإنسان

(Quinless & Nelson,1998)

هذا عن النموذج النظري المطروح لتفسير مفهوم العجز المكتسب، فكيف لهذا لنموذج تفسير العجز المكتسب عند مرضى الأورام السرطانية؟

تعد الإصابة بمرض الأورام السرطانية حدث سلبي غير متحكم فيه، يشبه الصدمة الكهربائية التي يتعرض لها الحيوان في تجارب "سيلجمان"، وبالتالي يعد هذا الحدث هو خبرة سلبية يؤدي بالفرد إلى تكوين اعتقاد بأن ليس هناك ما يمكن عمله للتحكم في هذا المرض، ومع استمرار المعاناة من هذا المرض يسأل الفرد نفسه لماذا لا أستطيع التحكم في هذا المرض؟. ومن ثم يبدأ في طرح عدد من التفسيرات، التي قد تكون داخلية، مثل " لأنني إنسان ضعيف "، أوتكون ثابتة " لا يغير الوقت من حالي"، أوتكون عامة، مثل " لا يوجد في حياتي شيء أستطيع التحكم فيه "، ومثل هذه التفسيرات تؤدي إلى إصابة الفرد بالعجز المزمن.

وبعد الانتهاء من عرض أهم الأطر النظرية المفسرة لمفهوم العجز المكتسب، ترى الباحثة أن النموذج الجامع بين النظريتين هو الأنسب، لأنه حصر جميع الأسباب التي طرحتها كل نظرية على حدة، ومن ثم يكون تفسيرنا لهذا المفهوم تفسيراً شاملاً.

ثانياً: مفهوم قلق الموت

يرى "واس" Wass أن البحث في مجال قلق الموت قد حقق تقدماً ملموساً خلال العقدين الأخيرين، من خلال وصف علاقاته بمتغيرات أخرى مثل السن، والجنس، والديانة، والمهنة، والصحة، والشخصية، والقدرة العقلية(محمد نبيل عبد الحميد، ١٩٩٥). ومن الممكن فهم منشأ قلق الموت بالبدء باستطلاع اتجاهات الأفراد ودوافعهم نحوه، فقد وصف "أورباخ" Orbach(١٩٨٤) اتجاهين متناقضين نحو الموت، وهما:

- اتجاه الانجذاب للموت[1] ، ويعد هذا الاتجاه تشويهاً للإدراك الحقيقي للموت، حيث يتخيل الفرد الموت بأنه الطريق الوحيد لتحسين الحياة ولتحقيق الأمنيات.
- اتجاه النفور من الموت[2] فهو على العكس من الاتجاه السابق، فينظر الفرد للموت على أنه نهاية الطريق وحدث غير مرغوب فيه. (Orbach, Feshbach, Carlson & Ellenberg,1984)

وتختلف اتجاهات الأفراد نحو الموت تبعاً لاختلاف موقفهم ومنطقهم ودوافعهم، فميز "شروت" Shrut(١٩٥٨) بين ثلاثة مفاهيم للموت، وهي:

١- الموت بوصفه وسيلة يحاول الفرد بها بلوغ أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.
٢- الموت بوصفه انتقال إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة شنيعة أومجيدة رائعة، ينتظرها الشخص بهدوء أوخوف.
٣- الموت بوصفه نهاية نتوقعها.

ويرى "فيفل" أنه يمكن النظر إلى الموت على أنه راحة من الألم، أوموت في سلام، وهذه التأملات المتصلة بالموت موجودة لدى كل الأفراد، ولكن بدرجات متفاوتة(أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧، ص ص ٤٣- ٤٤).

ويميل الإنسان عادة إلى الخوف من المجهول والغريب والخفي وغير المتوقع، وفي الموت جوانب كثيرة مجهولة وغامضة، خفية وغير المتوقعة، كما أن الموت خبرة غير مسبوقة، من أجل ذلك يخاف كل إنسان تقريباً من الموت، وتطبيقاً للمبادئ السيكولوجية العامة على هذا المجال، نقول أن الخوف من الموت بدرجة منخفضة أمر سوى وعادي تماماً، وكذلك الخوف بدرجة متوسطة، على حين أن الخوف منه بدرجة مرتفعة أمر غير السوي، أي أنه مؤشر على وجود اضطراب انفعالي شديد.

---

(1) Attraction to Death.
(2) Repulsion to Death.

وهناك عديد من الأسباب التي تؤثر على مدى خوفنا من الموت، كضعف الإيمان، والإصابة بالأمراض الخطيرة، والمعتقدات الشائعة في المجتمع حول عملية الموت، والآلام المصاحبة للموت، وغيرها من الأسباب التي تزيد من درجة الخوف من الموت (Lindley – Davis,1991).

وعلى ذلك نتبين أن مقدار الخوف من الموت يختلف بين الأفراد باختلاف رؤية كل منهم للمفهوم، الأمر الذي يترتب عليه اختلاف تعريفات قلق الموت. ويعد الفزع من الموت شائعاً عبر الثقافات، وليس بالضرورة أن يكون الفزع والخوف والقلق بسبب عملية الموت ذاتها، بل قد يكون بسبب أن الموت هو نهاية تحقيق الأفراد لأهدافهم ولشعورهم بالمتعة، وهناك تعبيرات متعددة لوصف الموت تعكس مقدار القلق المرتبط به، بعضها يحمل المعاني الإيجابية للموت مثل الرحيل عن الحياة[١] ، أوالذهاب إلى الجنة[٢] ، أوالاستسلام[٣] ، أوالنوم، أواجتماع الشمل في الحياة الأخرى[٤] ، ويتضمن بعضها الآخر تعبيرات سلبية كالانفصال[٥] ، أوالفقدان[٦] ، أوالعقاب[٧] ، أوالصدمة[٨] (Marks,1978,p.9).

ويعرف "إريفن"(١٩٨٠) الموت بأنه "الحدث الذي ينقل الفرد من الحياة العضوية إلى الحياة غير العضوية أوالفطرية"(Irvin,1980,p.31). وميز العلماء بين أربعة أنماط للموت، هما: **الموت الاجتماعي**، وفيه ينسحب المريض وينفصل عن الآخرين، أما **الموت النفسي**، فيتقبل الفرد الموت ويتقهقر داخلياً، أما **الموت الحيوي**، فيتميز بعدم الشعور، وأخيراً **الموت الوظيفي**، وهنا تتوقف جميع الوظائف الجسمية (Lindley-Davis,1999).

(1) Departing this Life.
(2) Going to Heaven.
(3) Deliverance.
(4) Reunion.
(5) Separation.
(6) Loss.
(7) Punishment.
(8) Trauma.

أما عن التعريفات المطروحة لمفهوم قلق الموت فنجدها متعددة، على سبيل المثال، يعرف "تمبلر" Templer(١٩٧٠) مفهوم قلق الموت بأنه "حالة انفعالية غير سارة، يمارس الفرد أثناءها تأملات قد تعجل بوفاته" (Templer,1990)). ويشير "ديكشتاين" Dickstein(١٩٧٢) إليه بأنه "التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة". أما "هولتر" Hoelter(١٩٧٩) فيعرفه بأنه "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أوتوقع مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت". بينما يشير "عبد الخالق"(١٩٨٧) إلى قلق الموت بأنه "نوع خاص من القلق العام، يشير إلى حالة انفعالية مكدرة، ومشاعر شك وعجز وخوف يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص وذويه"(عبد الخالق، ١٩٨٧، ص ص ٣٩- ٤٠). أما "إبراهيم عيد"(١٩٩٣) فيعرف مفهوم قلق الموت بأنه "شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه، وفي حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله جزئياً محصوراً متوجساً من مجرد العيش على النحو الطبيعي"(خلال: ناجي الخشاب،١٩٩٦، ص٢٩). ويري "عبد الحميد" (١٩٩٥) أن قلق الموت هو"انفعال سلبي مؤلم يضطرب له الإنسان، ويتضمن مشاعر وجدانية غير سارة حين يفكر في موضوعات متصلة بموته أوبموت الآخرين"(عبد الحميد، ١٩٩٥). ويتفق "الخشاب"(١٩٩٦) مع التعريفات السابقة، ويعرفه بأنه "حالة انفعالية غير سارة، يفكر الفرد أثناءها في الموت، مما قد يعجل بوفاته"(الخشاب، ١٩٩٦، ص٢٩). وتعرفه "إيمان زايد"(١٩٩٧) بأنه "حالة من الخوف والتوتر الشديد المتمركز حول الموت سواء أكان موت الشخص أم أحد الأشخاص الأعزاء لديه، ويجعله ذلك يصل إلى درجة عدم التوافق، مما قد يسبب له مشكلات نفسية متعددة"(إيمان زايد، ١٩٩٧، ص١٨).

وبعد استعراض أهم التعريفات المطروحة لمفهوم قلق الموت، والتي نرى أنها تدور حول محور واضح، وهو الحالة الانفعالية المكدرة لدى الفرد الناجمة عن تفكيره في موضوعات متصلة بالموت، نجد أن بعض الباحثين ينظرون للموت على أنه فناء كلى، نتيجة لتآكل الجسم وتحليله، وبعضهم الآخر يرى أن الموت مرحلة انتقالية لنمط آخر من الحياة، يتم فيه بعث الجسد والخلود والحياة بعد الموت، ومع

اختلاف نظرتنا للموت، تختلف استجابتنا له، فقد يرغب الفرد في الموت ويتمناه، بينما يبغضه الآخر ويكرهه، وذلك طبقاً لمنظور كل منهما للموت(Marks,1978,p.9)).

هذا عن التعريفات المقدمة لمفهوم قلق الموت، وبالتالي نعرض الآن لأهم النظريات المتناولة لمفهوم قلق الموت.

النظريات المفسرة لمفهوم قلق الموت:

ينظر إلى مفهوم قلق الموت بين علماء النفس عبر العقود الأربعة الماضية على أنه متغير تابع يتأثر بمتغيرات نفسية اجتماعية عديدة، وفيما يلي نعرض لبعض المناحي النظرية المتصلة بهذا المفهوم، والتي تشكل جزءاً من الأرضية التي ينطلق منها العمل الراهن.

نظرية تدبر الهلع:

من أبرز المناحي النظرية الحديثة نسبياً في تفسير مفهوم قلق الموت **نظرية تدبر الهلع**[1] ، وهى تصف الطرق والآليات التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد نتيجة وعيهم وشعورهم بأنهم سيموتون في يوم ما. وترى النظرية أن قدرة الفرد على التحليل السببي، وتكوين توقعات، وصورته عن ذاته تزيد من وعيه بالموت، وبالتالي تبرز أنماطاً متعددة من الاستجابات الانفعالية كالقلق والهلع والخوف، ومن هنا يساعد الإطار الثقافي - الذي يعيش فيه الفرد - وظيفيا على تدبر هذا القلق والهلع، وذلك من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق[2] . (Through: Florian & Mikulincer, 1997; Greenberg et al., 1992; Pyszczynski, Solomon & Greeberg, 1999)

وترجع هذه النظرية جذور القلق من الموت إلى دافع حفظ الذات، الذي يشترك فيه الإنسان مع الكائنات الحية، ولكن على الرغم من مشاركة الإنسان لهذا

(1) Terror Management Theory.
(2) Cultural Worldview.

الدافع مع الكائنات الحية، فإن الإنسان يؤمن بأن الموت حدث حتمي ولا مفر منه، وتضيف النظرية أن تدبر الهلع من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق يتكون من الإطار الثقافي العالمي[1] ، وتقدير الذات. ويقصد بمفهوم الإطار الثقافي العالمي "مجموعة المعتقدات السائدة بين الأفراد المتكونة عن البيئة الواقعية، والتي تمدهم بمعنى القيم، وترتيبها، ومعاييرها، وثباتها"، أما مفهوم تقدير الذات فيشير إلى "اعتقاد الفرد المكون طبقاً للكيفية التي يعيش بها مع القيم الموجودة في الإطار الثقافي" (Harmon-Jones, Simone, Solomon & Mcgregor,1997).

فبعض الأطر الثقافية تحث الأفراد على الوعي الكامل بالموت، ومن ثم يزيد القلق عندهم. فالقاعدة الأساسية لنظرية تدبر الهلع أن الوعي بمفهوم الموت يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق، ومن ثم تكون الحاجة ضرورية لتقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية تدبرهم لهذا الهلع (Florian & Mikulincer, 1997).

وجاءت الدراسات المترتبة على هذه النظرية لتؤكد تأثير كل من مفهومي تقدير الذات والإطار الثقافي في نشأة القلق بوجه عام، وقلق الموت بشكل خاص، فبالنسبة **لمفهوم تقدير الذات**، أوضح "فرينش"French وآخرون(١٩٨٦) أن تقدير الذات يرتبط سلبياً مع القلق العام وقلق الموت وتدهور الصحة الجسمية والعقلية. وأضاف "بينيت" Bennett(١٩٩٧)أن مهددات تقدير الذات تثير أيضاً القلق، كما وجد أن الآليات الدفاعية المستخدمة للتعامل مع مهددات تقدير الذات تخفض القلق. **أما بالنسبة للإطار الثقافي**، فقد أشار"سولومون"Solomon (١٩٩٥) أنه من خلال الإجابة عن أسئلة مفتوحة النهاية تتصل بأفكار الأفراد ومشاعرهم حول الموت، بدا واضحاً أن تفكير المشاركين متسقاً مع الاعتقادات السائدة حول الموت في إطارهم الثقافي (Harmon-Jones et al.,1997)

(1) Self – Esteem.

ومن ثم يتضح أن لهذه النظرية تطبيقات واسعة المدى، وتحاول تفسير مفهوم قلق الموت من خلال الجمع بين الاتجاه النفسي والاتجاه الاجتماعي، حيث ركزت على بعض المتغيرات المؤثرة علي مفهوم قلق الموت، مثل مفهوم تقدير الذات، و الإطار الثقافي، كما ركزت على بعض المتغيرات التي يؤثر عليها الموت. ومن ثم تعد هذه النظرية أشمل النظريات لتفسير مفهوم قلق الموت.

نظرية "ليفتون":

وتذهب نظرية "ليفتون"Lifton(١٩٧٣- ١٩٧٩) إلى أن أساس الرغبة النفسية في تقليل الهلع من الموت يفسره مفهوم **البقاء الرمزي**[١] أي أن فكرة الاستمرارية تمثل آلية دفاعية لتدبر التهديد من الموت. وأن الإحساس بالبقاء الرمزي يساعد الفرد على مواجهة الإحساس بالموت والانتهاء. ويعرف "ليفتون" مفهوم **البقاء الرمزي** بأنه "الاستجابة التوافقية المتوقعة لمحاربة الموت ومواجهته بواقعية"، فهذا الإحساس يمثل حافزاً يساعد الفرد على معالجة الحدث الواقعي. وقدم "ليفتون" خمسة أنماط تفسر إدراك الفرد وشعوره بالبقاء الرمزي، وهي:

١- النمط الحيوي (العضوي)[٢] ويمثل إحساس الفرد بأنه من الجيل السابق ولكنه مازال يعيش، بل يشعر بأنه سيعيش ليرى النسل القادم.

٢- النمط الإبداعي[٣] ويرجع إحساس الفرد بالبقاء إلى شعوره بأن عمله له تأثير واضح على مجتمعه، وثقافته، والمحيطين به، وبالتالي لن ينتهي هذا الأثر حتى بعد وفاته.

٣- النمط الطبيعي[٤] ينتج هذا الإحساس من خلال تصور الفرد عن نفسه بأنه جزء من الكون الذي ينتمي له، كما أنه جزء من الطبيعة، وبالتالي يفترض الفرد أن كل شيء مستمر حتى بعد وفاته.

---

(1) Symbolic Immortality.
(2) Biological mode.
(3) Creative mode.
(4) Natural mode.

٤- النمط الروحاني[1]، يعالج هذا النمط إمكانية أواحتمالية زيادة التفكير في الموت، وسببها الواضح ـ من وجهه نظرهم ـ هو معارف الفرد الدينية والروحانية، فالفرد طبقا لهذا التصور يُكوّن اعتقاداً بأن الجسد فان، أما الذات والروح فهما باقيان، أي أن هذا النمط الروحاني يتجاوز الوجود المادي للجسم.

٥- النمط التجريبي أوالخبراتي[2] ، وينتج هذا الشعور من كفاءة الفرد في التعامل مع الحياة، فهذا التصور يتسم بأنه حالة نفسية تأخذ شكل الذروة الهائلة لخبرة الفرد أوإحساسه بوجوده حياً.

وتكون هذه الأنماط الخمسة إحساس الفرد بالموت، ولذلك فهي تؤكد أن الفرد الذي لديه إحساس بالبقاء يكون شعوره بقلق الموت أقل ممن ينعدم لديه هذا الإحساس بالبقاء والاستمرار (Through: Florian & Mikulincer, 1998 ; Irvin, 1980,pp.41-42)

نظرية تمبلر:

وتعرف نظرية "تمبلر"(١٩٦٧) **بنظرية العاملين في قلق الموت**[3]، وقد ذهب "تمبلر" إلى أن قدر قلق الموت يحدده عاملان هما: حالة الصحة النفسية بوجه عام، وخبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية. **فبالنسبة للعامل الأول**، وُجد إن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت مقارنين بالأسوياء. من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطراب وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة ارتباطاً إيجابياً مع قلق الموت. **أما العامل الثاني**، فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أوالتكامل البدني، فقد حصل مرضى الغسيل الكلوي على درجات مرتفعة عن حدود السواء(Harmon – Jones et al.,1992 ; عبد الخالق، ١٩٨٧ ، ص٥٢).

---

(1) Spirital mode.
(2) Experience or Experimental mode.
(3) Two Factor Theory of Death Anxiety.

وعلى ضوء ما تم عرضه من أطر نظرية مفسرة لقلق الموت، يمكن استخلاص عدد من المحكات المميزة لمفهوم قلق الموت عن بقية المفاهيم الأخرى:

١- أن قلق الموت شعور ذاتي، أي يختص به الفرد ويشعر به داخله.

٢- ويتسم هذا الشعور بأنه مُكدر، وغير باعث على السعادة.

٣- ويجعل هذا الشعور تفكير الفرد يدور حول الموت والاحتضار.

٤- وهناك فرق ملحوظ بين قلق الموت والخوف من الموت، فهو يعد خوفاً عندما نواجه شيئاً محدداً، ومعروفاً، ومهدداً، وله موضوع معروف للكافة بأنه يثير انفعال الخوف، أما القلق يكون مصدره هائم وغير واضح، وغير معروف، لذا فالأنسب هو اصطلاح قلق الموت، ذلك أن الموت حدث لا نعرف عنه شيئاً، ولا نعرف شيئاً بعد حدوثه، وبالتالي فهو حدث غامض وغير محدد.

٥- تعتمد الدراسة الراهنة على تعريف قلق الموت بأنه " يشير إلى حالة انفعالية مكدرة، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص المصاب بالأورام السرطانية ".

نستخلص إذن مما سبق أن مفهوم قلق الموت من المفاهيم المتوقع ارتباطها بالإصابة بالأمراض المزمنة، حيث من البديهي أن نفترض أن قلق الموت يرتبط ارتباطاً جوهرياً سلبياً بحالة الصحة الجسمية - كالإصابة بمرض الأورام السرطانية - لدى الفرد، لما تمثله من حدث مهم في زيادة درجة قلق الموت لدى المرضى المزمنين مثل مرضى الأورام السرطانية، ولكن من الغريب أن نجد اختلاف في نظرة مرضى الأورام السرطانية كبار السن للموت عن صغار السن المرضى، حيث يرى كبير السن أن الموت بالنسبة له حدث متوقع، وخاصة أنه رآه ينطبق على غيره من قبل، كما أنه قد وصل إلى مرحلة من المفترض أنه حقق فيها بعض الأهداف المرجوة، في حين أن صغار السن مازالوا في طريقهم للتحقيق أحلامهم، وبالتالي مع اختلاف نظرتنا للموت، تختلف استجابتنا له (Viney, Walker, Robertson, Lilley & Ewan,1994).

إذن فالعلاقة بين الأمراض الجسمية وقلق الموت علاقة معقدة، لتدخل العديد من المتغيرات فيها كعمر المريض، وطبيعة مرضه، ومرحلته، والعلاج الخاضع له، وغيرها من المتغيرات المعدلة لهذه العلاقة، والتي تؤدي لوجود خلط شديد عند النظر في العلاقة بين قلق الموت والإصابة بمرض الأورام السرطانية. لذا فالحاجة ماسة إلى دراسة أشمل لتحديد ماهية هذا المفهوم في مجال الأمراض المزمنة.

ثالثاً: مفهوم التشاؤم

تعريف مفهوم التشاؤم:

أولاً: المعنى اللغوي للتشاؤم

يرجع التشاؤم إلى باب شأم، وشأم الرجل قومه أي جر عليهم الشؤم فهو شائم، ومشوم، ومشئوم، والجمع مشائيم، والشؤم الشر، ضد اليمن والفأل والبركة. واليد الشؤمي ضد اليمنى، والأشام هو الأيسر، والمشأمة الميسرة ضد الميمنة. وتشاءم بالأمر تطير به وعده شؤما وترقب الشر. والمتشائم من يسيء الظن بالحياة، وهذا استخدام محدث (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥، ص ٤٨٩). وفي التنزيل الحكيم: ﴿ هُمْ أَصْحَٰبُ ٱلْمَشْـَٔمَةِ ۝ عَلَيْهِمْ نَارٌ مُّؤْصَدَةٌۢ ﴾ ، وفي سورة الواقعة: ورد قوله تعالى ﴿ وَأَصْحَٰبُ ٱلْمَشْـَٔمَةِ مَآ أَصْحَٰبُ ٱلْمَشْـَٔمَةِ ﴾ ، وقال عليه الصلاة والسلام "لا عدوة ولا طيرة وأحب الفأل الصالح"، والطيرة هي التشاؤم من شيء ما.

ثانياً: التعريف النفسي للتشاؤم

ويشير التشاؤم إلى "إحدى السمات الشخصية، ويوصف الفرد المرتفع على هذه السمة بأنه يميل إلى الغم والكآبة، كما أنه أكثر ميلا لتوقع الفشل في المستقبل، أوالتوقع السلبي للأحداث القادمة، مما يجعله ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل"(Wolman, 1973,p.2246).

ويعد تعريف "كارفر" Carver و"شاير" Scheier(١٩٨٥) من أكثر التعريفات استخداماً من قبل الباحثين، فيعرفان مفهوم التشاؤم بأنه "التوقع السلبي للنتائج بوجه عام، والتوقع بالعجز عن المواجهة الفعالة"(Scheier & Carver,1985)). وقدم "دمبر" Dember وآخرون(١٩٨٩) تعريفاً للتشاؤم بأنه "اعتقاد يتكون لدى الفرد، يعكس نظرته السلبية للحياة"(Dember. Martin, Hummer, Howe & Melton,1989)).

ويستخدم "عبد الخالق"(١٩٩٨) التشاؤم ليشير به إلى "التوقع السلبي للأحداث السلبية القادمة، والذي يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل، ويستبعد ما عدا ذلك إلى حد بعيد"(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨). ويرى "مارشال" Marshall وآخرون(١٩٩٢) أن التشاؤم هو "استعداد شخصي أوسمة كامنة داخل الفرد، تؤدي به إلى التوقع السلبي للأحداث" (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig & Vichers,1992).

كما يحدث التشاؤم من وجهه نظر "شوورز" Showers(١٩٩٢) عندما يقوم الفرد بتركيز انتباهه وحصر اهتمامه على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة، وتخيل الجانب السلبي منها، وأضاف أن التشاؤم أوالتوقع السلبي للأحداث يحرك أهداف الأفراد أوجهودهم لكي يمنعوا وقوع هذه الأحداث، ويتسبب ذلك في التهيؤ والتأهب لمواجهة الأحداث السيئة المتوقعة (Showers,1992).

كما عُرف التشاؤم بأنه "نزعة لدى الأفراد للتوقع السلبي للأحداث المستقبلية (Andersen, Spielman & Bargh,1992).

ويرى كل من "شوورز" و"روبين" Ruben(١٩٩٠) أن التشاؤم يقوم بالوظائف الآتية:

١- يهيئ الفرد أويعده لمواجهة الأحداث السيئة، ومن هنا يعد ذلك استراتيجية أوهدفاً يسعى إلى حماية الذات.

٢- يزيد مجهود الفرد لكي يعزز أويدعم أداؤه الجيد حتى يتفادى تلك الأحداث، ومن ثم سُمى هذا الجانب بالتشاؤم الدفاعي، أوالتهيؤ، أوالتأهب للتشاؤم (Showers & Ruben,1990).

وهكذا يتضح من التعريفات السابقة لمفهوم التشاؤم، أنه سمة في الشخصية، تتوزع لدى الجمهور توزيعا اعتداليا، وتدور حول تكوين توقع واعتقاد سلبي نحو الأحداث المستقبلية، ويفترض كذلك أن للتشاؤم تأثيراً سلبياً على سلوك الإنسان وصحته النفسية والجسمية، و يرتبط بالاضطرابات النفسية أوالاستعداد للإصابة بها. هذا عن تعريف المفهوم العام للتشاؤم، وهناك مفهومان نوعيان يعكسان نمطين له وهما:

- مفهوم التشاؤم الدفاعي[١] .
- مفهوم التشاؤم غير الواقعي[٢] .

ويشير **مفهوم التشاؤم الدفاعي** إلى "نزعة التوقع السلبي للأحداث المستقبلية، بغض النظر عن مستوى الأداء الفعلي للفرد"، حيث نجد هؤلاء الأفراد المتشائمين يعترفون بأن أداءهم كان جيداً في مواقف مشابهة في الماضي. كما أن هؤلاء الأفراد يتخذون دائماً موقف الشخص المدافع عن التشاؤم، أي أنهم يعتنقون التشاؤم كمذهب وكمنهج في سلوكهم، ولا يبدو أنهم يعانون من ضعف في قدراتهم أوفي مستوى أدائهم نتيجة لاتجاههم السلبي هذا، وغالبا ما يكون أداؤهم في الواقع على مستوى جيد، ولكن من المحتمل أن ينخفض مستوى أدائهم في بعض الأعمال نتيجة لنظرتهم المتشائمة إلى الأمور (Showers,1992).

وأضاف كل من "نورم" Norem و"كانتور" Cantor(١٩٨٦)أن الأفراد الذين يتصفون بالتشاؤم الدفاعي يرسمون لأنفسهم أسوأ "سيناريو"، وتكون لديهم توقعات منخفضة، وهذا النوع من الأفراد عندما يكونوا طلاباً يبدو عليهم القلق دائما، حتى حينما لا يكون هناك داع لذلك. ويعد هذا الأسلوب بمثابة استراتيجية توافقية في المواقف التحصيلية، حيث يلجأ الأفراد ذو التشاؤم الدفاعي إلى استخدامه كاستراتيجية، الغرض منها تسخير وخفض القلق المرتبط بالأداء الأكاديمي، وهكذا فهم يتصورون أسوأ ما يمكن أن يحدث لهم، ويهيئون أنفسهم مبدئيا

(1) Defensive Pessimism.
(2) Unrealistic Pessimism.

لاحتمال الفشل وعدم الأداء الجيد، ويبدو أن كل ذلك يعمل على تهدئتهم قليلاً، حتى دون أن يلزموا أنفسهم بمواصلة الاستعداد للإنجاز التحصيل (Norem & Illingwrth,1993).

أما عن مفهوم **التشاؤم غير الواقعي**، فيشار إليه بأنه "نزعة التوقع السلبي للأحداث المستقبلية. مع وجود اعتقاد بأنه من الصعب تعرض الفرد لهذه الأحداث"، حيث يتكون لدى الفرد اعتقاد بأن الحوادث السيئة - مثل أن يصبح ضحية لحادث أولمرض مستعص غير قابل للشفاء، أوطوفان، أوزلزال، أوسرقة بالإكراه - يمكن أن تحدث له بدرجة أكبر من حدوثها للآخرين. ويعتقد أن مثل هذه الحوادث سيئة الطالع يمكن أن تحدث. ومع ذلك فإن هؤلاء الأفراد يميلون إلى أن يفكروا - طبقا لاعتقاد شائع - أنهم محصنون يتعذر إيذاؤهم، وأنهم يتوقعون أن يكون الآخرون ضحية الحظ العاثر) بدر الأنصاري، ١٩٩٨، ص ص٣٠- ٣١).

هذا عن التعريفات المطروحة للتشاؤم، والتي يمكن من خلالها استخلاص تعريف واحد يستجمع أغلب الملامح الرئيسة للتشاؤم، لكي تتبناه الدراسة الراهنة فالتشاؤم وفقاً لهذا التعريف يشير إلى "الميل للتوقع السلبي للأحداث القادمة، ولتوقع العجز عن المواجهة الفعال، على نحو يجعل الفرد يوصف بالغم والكآبة، كما يجعله أكثر ميلا لتوقع الفشل في المستقبل، ويجعله ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل".

النظريات المفسرة للمفهوم:

يعد هذا المفهوم حديثا بالنسبة لسائر المفاهيم النفسية الأخرى التي نعنى بها في البحث الراهن، ولهذا فإن الأطر النظرية المفسرة له تبدو قليلة إلى حد ما.

من هذه الأطر النظرية، ما قدمه أصحاب **نظرية التعلم الاجتماعي** - حيث يذكر "فيبل" Fible و"هال" Hale(١٩٧٨) - أن بناء شخصية الفرد يتكون من التوقعات والأهداف والطموحات وفعاليات الذات، حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالمشاهدة، والذي يتم في ضوء مفاهيم المنبه والاستجابة

والدعم، ولذلك فإن سلوك الفرد يرتبط بتاريخ الدعم لبعض المواقف، وبناء على ذلك فقد ينجح الأفراد في أداء بعض المهمات في بعض المواقف، وبالتالي تتكون لديهم توقعات إيجابية للنجاح في المستقبل إزاء هذه المواقف، على حين يفشلون في أداء مهمات أخرى، وبالتالي تتكون لديهم توقعات سلبية تجاه هذه الأمور والمواقف، وكثيرا ما يغلب عليهم التشاؤم (Fible & Hale,1978). ولذا يختلف الأفراد في توقعاتهم للنجاح أوالفشل إزاء الأحداث المستقبلية باختلاف ظروف الدعم المقدم، ومن ثم تظهر الرابطة الواضحة بين التوقعات المستقبلية والتشاؤم على أساس نظرية التعلم الاجتماعي.

أما "سيلجمان" وزملاؤه فطوروا نظريتهم في **الأسلوب التفسيري المميز للفرد**[1] ، وقد استخدموا مفهوما جديدا يستخدمه الفرد في تفسير الأحداث التي يتعرض لها، وأطلق عليه مفهوم أسلوب التفسير التشاؤمي[2] . وفي هذا الصدد يذكر "سيلجمان" و"أبرامسون"(١٩٧٨) أن هذا الأسلوب التفسيري ظهر من خلال نموذج العجز المكتسب، حيث يؤدي تعرض الفرد لخبرة الأحداث المنفرة العاجز عن التحكم فيها إلى أن يصبح الفرد عاجزاً، وسلبياً، وغير قادر على الاستجابة، ويرجع ذلك إلى تعلم خاطئ مفاده عدم وجود ارتباط بين الأحداث والنتائج المترتبة عليها، وبالتالي يتكون لديه توقع عام بأن النواتج المستقبلية لا ترتبط بالأحداث.

ويتكون أسلوب التفسير التشاؤمي من ثلاثة أبعاد، وهي:

١- التفسير الداخلي[3] ، وهو يعتمد على صورة الذات، وفي هذه الحالة يتسم تقدير الذات بالانخفاض الواضح لاسيما بعد تعرض الفرد لأحداث خارجية سيئة، حيث يرى الفرد نفسه في صورة تتسم بالقصور، وعدم اللياقة، والنقص، وينسب ما يمر به من خبرات غير سارة إلى عوامل قصور جسمي، أوعقلي، أواجتماعي في شخصيته.

---

(1) An Individual Characteristic Explanatory Style.
(2) Pessimistic Explanatory Style.
(3) Internal Explanation.

٢- التفسير الثابت[1] ، ويشير إلى الاقتناع بأن الأسباب ستظل ثابتة دائما ومستديمة، وهذا التوجه في التفسير يولد لدى الفرد صعوبات مزمنة في حالة وقوع الأحداث السيئة.

٣- التفسير العام أوالشامل[2]، ويعتمد هذا التفسير على تعميم أثر العائد، ويؤدي بالفرد إلى تكوين اعتقاد بأن الحدث السيئ الذي تعرض له سيؤدي إلى حدوث مشاكل كثيرة، بالإضافة إلى ميل الفرد إلى الأحكام المطلقة والتعميمات المتطرفة.

وبهذا نرى أن أسلوب التفسير التشاؤمي للأحداث غير السارة ذي الصفة الداخلية، والثابتة، والعامة، يكون له أثر سلبي على قدرة الفرد على التوافق مع الضغوط والأحداث الخارجية غير السارة، بالإضافة إلى ارتباط هذا الأسلوب التفسيري بالأحداث غير السارة أ كثر من ارتباطه بالأحداث السارة (Chang, 2001 ; Norem et al., 1993 ; Peterson,2000 ; Peterson, Vaillant & Seligman,1988).

وأجرى "سيلجمان" مجموعة من الدراسات الطولية تدور حول محور واحد وهو علاقة التشاؤم بالصحة العامة للفرد، فوجد أن الأفراد الذين قاموا بتفسير الأحداث السيئة التي حدثت لهم باعتبارها حالة مستمرة وعامة وسببها راجع إلى الذات كانوا أقل صحة، بالمقارنة بالأفراد الذين كانوا يعتقدون أن تلك الأحداث السيئة مردها إلى عوامل مؤقتة ليس لهم علاقة بها (عويد سلطان المشعان، ٢٠٠٠).

ولقد أوحت بعض الدراسات النفسية الطبية أن أسلوب التفسير التشاؤمي له أثر جسمي يتمثل في خفض وظائف المناعة، ويعد من العوامل المنبئة بالإصابة بالأمراض، حيث وجد أن الأفراد ذوي الأسلوب التشاؤمي كانوا أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجسمية في مرحلة الرشد، كما ظهرت مؤشرات على أن أكثر نسبة وفاة كانت بين المتشائمين، وأنهم يبدون أقل سرعة في الشفاء من جراحة

(1) Stable Explanation.

القلب، وأكثر معاناة من الألم (Raikkonen, Matthews, Flory, Owens & Gump,1999 ; Robinson - Whelen, Kim, MacCallum, & Kiecoit-Glaser, 1997).

وأضاف "ما كلود" Macleod وآخرون(١٩٩١) أن التفسير التشاؤمي للأفراد يرجع إلى التوتر الزائد لديهم، حيث يعد التوتر هو الأساس السببي لتفسير أحداث المستقبل، وربما يوحي هذا بقابلية مرتفعي التوتر للإصابة بالميل للتشاؤم (Macleod, Williams & Bekerian,1991). كما أضاف "شاير" و"كارفر" أن تشاؤم الفرد يتوقف على تقدير الفرد لكل من الضغوط التي يدركها والأعراض الجسمية التي يعاني منها(المشعان، ٢٠٠٠). كما وجدت الدراسات التتبعية أن أعلى نسبة للوفاة بين مرضى الأورام السرطانية، الذين يخضعوا للعلاج الإشعاعي، كانت للمرضى ذوي أسلوب التشاؤمي. أي أن التشاؤم يعد متغير منبأ للوفاة لدى مرضى الأورام السرطانية (Schuz, Bookwala, Knapp, Scheier & Williamson,1996)

وبالانتهاء من عرض الأطر النظرية المفسرة لمفهوم التشاؤم، نجد أن مفهوم التشاؤم من المفاهيم المرتبطة بالأمراض المزمنة بوجه عام، والأورام السرطانية بوجه خاص، لما يعانيه هذا المريض من صعوبات علاجية تحول من الشفاء التام من المرض، مما يترتب عليه نظرة تشاؤمية للمريض تنعكس على معدل سرعة الشفاء، وعلى حالته النفسية. ونظراً للدور هذا المفهوم في مجال الأورام المزمنة، تأتي هذه الدراسة لبلورة هذا المفهوم واستخلاص ما يترتب عليه من نتائج نفسية واجتماعية وجسمية، لتوضيح مدى تأثيره وارتباطه بالمفاهيم الأخرى.

رابعاً: مفهوم المشقة النفسية

يواجه الإنسان في حياته كثيراً من المواقف والأحداث التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أومهددة له كالمرض المزمن، أوفقدان شخص عزيز، أوالصراع الزواجي، أوالوقوع ضحية جريمة كالسرقة أوالاغتصاب أوالتعذيب أوالتشويه، أوغيرها من الأحداث الضاغطة، التي تعرض الفرد للخطر. وتعد مصادر المشقة من العوامل المُدانة في التأثير على صحة الإنسان، فقد أوضح "مانسو"Mansuo(١٩٧٨) أن

ما يقرب من ٢٥٪ من الجمهور الأمريكي يعانون من المشقة المسببة للأمراض. ويعاني حوالي ٥٠٪ منهم من أعراض المشقة المتولدة عن إصابتهم بالأمراض. وأكد "سيرفيس" Service(١٩٧٩) أن المشقة تؤدي إلى استجابات وتغيرات نفسية شديدة، يكون لها أثر سلبي على الصحة العقلية والجسمية للإنسان (Everly,1989,p.5).

ويتصف السلوك البشري بطبيعته الدينامية الملائمة لظروف الحياة المتقلبة والمتغيرة بشكل دائم، وقد يضطر إلى إحداث تعديلات في جوانب البيئة ذاتها لتقليل الضغوط المفروضة عليه، والقيام بعملية التوافق. وعندما يعجز الفرد عن المواجهة أوالتوافق مع هذه المتغيرات المسببة للمشقة، تزداد احتمالات إصابته بالأمراض النفسية والجسمية، لذا اتجه اهتمام العلماء منذ العقدين السابقين. خاصة في مجال علم نفس الصحة. إلى استكشاف العلاقة بين المشقة والأمراض الجسمية من خلال نموذج حديث متعدد الأبعاد، وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي[1] ، والذي حل محل النموذج الحيوي الطبي[2] التقليدي المعتمد على العوامل الحيوية في نشأة الأمراض الجسمية. والفكرة التي يقوم عليها النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي مؤداها أن الأمراض الجسمية تحدث من خلال تفاعل يتم بين عوامل حيوية وعوامل نفسية وأخرى اجتماعية ثقافية (Weiten,2000,p.379).

ويعد "كانون" Cannon من رواد البحث العلمي المنظم لتأثيرات المشقة على الجسم، والتي نمت من خلال ملاحظاته للربط بين التغيرات الجسمية وكل من الجوع، والألم، والانفعالات الشديدة (Through: Dohrenwend & Dohrenwend,1974,p.2).

وبلغت أهمية هذا الطراز من بحوث المشقة أن بدت بمثابة أحد المجالات الفرعية في ميدان علم نفس الصحة، والتي تعكف على تحديد مصادر المشقة وأنماطها وآثارها على صحة الإنسان.

(1) Biopsychosocial Model.
(2) Biomedical Model.

تعريف مفهوم المشقة:

يعد إيجاد تعريف محدد ودقيق لمفهوم المشقة من أكثر المشكلات التي يواجهها الباحثون في هذا المجال، ويرجع ذلك لاختلاف المناحي التي اهتمت بدراسة هذا المفهوم . فمصطلح المشقة وجد في اللغة الإنجليزية منذ عدة قرون ليصف الخبرة الإنسانية، ومن التعريفات المبكرة لهذا المصطلح أنه يشير إلى العناء أوالشدة[١] ، أوالضيق[٢] ، أوالكرب[٣] ، أوالبلاء[٤] . بالإضافة لما تم استعارته من مفاهيم فيزيائية لوصف هذا المصطلح، حيث يستخدم مصطلح المشقة لوصف الضغط[٥] أوالحمل[٦] (Kaplan et al.,1993,p.104)، ويبدو أن تعدد تعريفات المفهوم ترجع إلى تناول العلماء له من خلال ثلاثة مناحي مختلفة.

المنحى الأول:

ينظر إلى المشقة كمنبه مُشق[٧] أو كحدث ضاغط يولد استجابة معينة، وفي هذه الحالة تعرف المشقة بأنها "أي ظرف يهدد الفرد أويدرك كمصدر مهدد للفرد، ومن ثم يتطلب من الفرد القدرة على المواجهة معه"، وقد ميز "جيردانو" Girdano و"إيفرلي" Everly(١٩٨٠) بين نوعين من مصادر المشقة، هما:

- المصادر النفسية الاجتماعية[٨] ، وهي تصبح مصدراً للمشقة وفقاً للتفسير المعرفي لها من قبل الفرد.
- المصادر الحيوية الوراثية[٩] ' وتشمل الاستجابات الجسمية والعصبية والوراثية.

(1) Hardship.
(2) Straits.
(3) Affliction.
(4) Adversity.
(5) Strain.
(6) Load.
(7) Stressor.
(8) Psychosocial Stressor.
(9) Biogenic Stressors.

وأضاف "لازاروس" أن المنبهات الجسمية والعصبية يمكن أن تشكل أحد مصادر المشقة من خلال استخدام الآليات النفسية الاجتماعية لتفسير هذا المنبه، وبالتالي تنتج استجابة المشقة (Everly, 1989,p.7).

وفي ظل هذا الطرح يبدو لنا عالم مثيرات المشقة عالماً متسعاً غير محدود بنوع معين من المثيرات، وهو ما أدى إلى قيام الباحثين بالعديد من محاولات التصنيف والتلخيص لأبعاد هذا العالم، ومن هذه التصنيفات، نجد تصنيف "لازاروس" و"كوهن" (١٩٧٧)، الذي يميز بين ثلاث فئات كبرى للضغوط، وهي:

١- **الأحداث الصدمية**[1] : تعتبر الكوارث الطبيعية، والحروب، والحوادث النووية، والحرائق، والعنف الوحشي والبدني، وحوادث السياق الاجتماعي المحدد(كالتمثيل بجثث الضحايا أمام أسرهم مثلما كان يحدث في البوسنة والهرسك، وحروب لبنان)، أمثلة لهذا النوع من الأحداث، والتي تتسم بأنها: (أ) تُحدث للإنسان من الناحية النفسية أقداراً من الكرب والضيق والهم والغم والقلق، (ب) ويعاني كل فرد من هذا الكرب والضيق بدرجة تختلف عما يعانيه منها فرد آخر، (ج) ويكون فوق طاقة الفرد وقدراته؛ بمعنى أنه لا قبل له به لأنه يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية التي يمكنها مواجهة أحداث الحياة المثيرة للمشقة النفسية على مدار اليوم أو الحياة بكاملها، (د) وأن الفرد قد يحتاج لبرامج الخدمات النفسية المتخصصة للتغلب على الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة.

وتتمثل طبيعة هذه الأحداث في أنها (أ) غالباً ما تتضمن عنصراً عضوياً أوعصبياً، كإصابات الدماغ، أوالأجهزة العصبية، أوإحداث تلف أوعطب، أواضطراب فيزيو كيميائي، أوفيزيو عصبي ببعض أجهزة الجسم والرأس، كما يحدث في الحروب، (ب) وتترك آثاراً نفسية وظيفية لا يقوى الفرد بما يملكه من طاقات ومهارات وقدرات على مواجهتها، مثل حالات الهلع والأرق المميت، والمخاوف، وتشتيت الانتباه، وفقد الذاكرة، (ج) وأن الفرد يمكن

(1) Traumatized events.

أن يمر بخبرة الحدث الصدمي، ويتكرر تذكره له بطرق متعددة منها الاقتحام المستمر والمتكرر من قبل الحدث الصدمي لذاكرة الشخص (الضحية) أوالاستعادة المتكررة لخبرة الحدث المؤلم عن طريق التخيل والأحلام والكوابيس أوالأفكار التي يستدعها الفرد أوالتي تقتحم عليه عقله وتفكيره، أوإنكار الحدث كما ينعكس ذلك في استجابات التجنب، وتشمل التقليل من الاستجابات للعالم الخارجي، والإحساس بالعزلة، وعدم الاهتمام بالنشاطات، وضعف الاستجابات الوجدانية، واللجوء للانحراف، بالإضافة إلى اضطرابات النوم وضعف التركيز، وتكرار نوبات الانفعال والغضب الشديد(الصبوة، ٢٠٠٠).

٢- **الضغوط الشخصية**[1] : يتضمن مثل هذا النوع من مثيرات المشقة الإصابة بمرض مزمن، أووفاة الأعزاء، أوفقدان العمل. وقد وضع "بيل" Bell وآخرون(١٩٩٦) عدد من الخصائص المميزة للضغوط الشخصية، وهي:

١- أنها تؤثر عادة على عدداً قليل من الأفراد في أي وقت، وأحيانا يمكن التنبؤ بها أوتوقعها.

٢- ويحدث أشد تأثير لها وأقساه في بداية وقوع الحدث.

٣- ويمكن حدوث التوافق ومواجهة الحدث بمجرد أن تنتهي أسوأ الفترات، وإن كان هذا لا ينطبق دائما على جميع الحالات(وفاء أمام عبد الفتاح، ٢٠٠٢، ص ٥١).

٣- **الضغوط الهامشية**[2] : وهي مجموعة من الظروف، أوالخبرات اليومية التي تتصف بأنها ملحة ومتكررة ومستمرة وتكاد تكون روتينية، كما أنها أقل في تأثيرها عن الأحداث المشئومة، والضغوط الشخصية، وآثارها تدريجية، ومزمنة، وقد لا يجد الفرد صعوبة في التكيف معها، ولكن حين يتجمع عدد منها فقد تكون مكلفة مع مرور الوقت، وقد تصل خطورتها إلى حد ما

---

(1) Personal Stressors.
(2) Background Stressors.

للأحداث الصدمية، أوللضغوط الشخصية، وتنقسم المثيرات الهامشية إلى نوعين:

أ- المضايقات اليومية[1] : وهي مضايقات يومية يواجهها الفرد كجزء من روتين الحياة اليومية، وتتميز بأنها أقل شدة، وتختلف من يوم لآخر، وتؤثر في فرد معين، ويطلق عليها أحيانا مثيرات المشقة الصغرى[2] .((Dohrenwend & Shorut,1985,p.781

ب- الضغوط المحيطة[3] وهي مجموعة الظروف البيئية المزمنة، كالضوضاء، والتلوث، والازدحام السكاني، والازدحام المروري، وكلها ضغوط مضايقة وتتطلب التكيف معها والتصدي لها، وتؤثر على عدد كبير من الأفراد، ومن الصعب إزالتها بمجهود فردي(عبد الفتاح، ٢٠٠٢، ص ٥١).

ولم يكتف العلماء بهذا التقسيم، بل وجدوا أن مصادر المشقة ليست كلها ضارة أوذات تأثير سلبي، ولذا قاموا بتمييز نوعين من مصادر المشقة هما:

- مصادر المشقة السارة[4] ، وتعد مشقة صحية، ولا تؤثر على الفرد بشكل سلبي، وأطلق عليها مصطلح المشقة الصحية[5] ، التي تؤدي إلى تحسن في جودة الحياة، مثل أعباء منصب جديد أوالترقية لدرجة أعلى بها مهارات محددة أوالدخول في تكوين شركة تدر ربحا غزيراً يحتاج لإدارة فنية ذات توجهات تخطيطية ...الخ.
- مصادر المشقة المكدرة أوغير السارة[6] ، ويكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغيرات جسمية ومزاجية، لذا يطلق عليها

(1) Daily Hassles.
(2) Micro-Stressors.
(3) Ambient Stressors.
(4) Pleasant Stress.
(5) Eustress.
(6) Distress Or Unpleasant Stress.

مصطلح المشقة المحدثة للمرض[1] ، مثل وفاة شخص عزيز، أوالإصابة بمرض مزمن، أوالتقاعد ...الخ.

ومع تعدد مصادر المشقة، قام "لازاروس"(١٩٨٥) وزملاؤه بتحليل مقاييس الضغوط والمشقة، واستخرج ثمانية أنماط لهذه المصادر المُشقة، وهي:

١- المصادر المنزلية: وتشمل إعداد واجبات، والتسوق، وصيانة المنزل وترتيبه.

٢- والمصادر الصحية: وتشمل الأمراض الجسمية، والعلاج الطبي، والأعراض الجانبية له.

٣- ومصادر ضغط الوقت: وتعكس مسئوليات الفرد المتعددة في ظل عدم توفر الوقت الكافي.

٤- والمصادر الداخلية: وتشمل النواحي النفسية للفرد مثل الشعور بالقلق، والوحدة النفسية، والخوف، وغيرها من الاستجابات النفسية.

٥- والمصادر المالية: وتعكس المسئوليات والاهتمامات المالية مثل الراتب، وأعباء الدَّين، وزيادة المصروفات عن الواردات.

٦- والمصادر البيئية: مثل الاحتكاك بالجيران، والتعرض للجريمة، وضوضاء المرور، وغيرها.

٧- والمصادر الوظيفية: وتعكس كل مصادر المشقة المرتبطة بالعمل، مثل عدم الرضا الوظيفي، وعدم تقبل المهنة، والصراعات مع الزملاء.

٨- والمصادر المستقبلية: وتشمل الضرائب المتوقعة، والتقاعد المبكر.

وتعد هذه المصادر مهددة للفرد، وتسبب أضراراً جسمية ونفسية متعددة حسب تفسير الفرد لهذه المصادر(Rathus,1990,pp.431-432). هذا عن المنحى الأول الذي يحاول الباحثون من خلاله رصد وحصر هذه المصادر المتوعة والمتعددة، المسببة للشعور بالمشقة.

(1) Disease – Producing Stress.

المنحى الثاني:

يتعامل العلماء مع المشقة - في هذا المنحى - على أنها "استجابة الأفراد للمنبهات الضاغطة[1] أوالمُشقة "، والاستجابة البشرية للمشقة تبدو معقدة ومركبة، فهي تعكس ثلاثة أنماط من الاستجابات النفسية هي:

١- الاستجابات الانفعالية.

٢- والاستجابات الجسمية.

٣- والاستجابات السلوكية.

(Falloon, Laporta, Fadden & Graham-Hole, 1993,p.1)

١- الاستجابات الانفعالية:

يستجيب الفرد انفعالياً عندما يكون تحت تأثير المشقة، وأوضح "لازاروس" (١٩٩٣) أن الانفعالات غير السارة أكثر شيوعاً من الانفعالات السارة أثناء موقف المشقة، وحصر كل من "وول فولك" Woolfolk و"ريتشادسون" Richardson (١٩٨٧)عدداً من الاستجابات الانفعالية الشائعة عند الأفراد في مواقف المشقة، وأهم هذه الانفعالات هي:

- الغيظ[2] ، والغضب[3] ، والهياج[4] ، فوجد أن المشقة تنتج مشاعر وانفعالات متباينة تتراوح بين الغيظ البسيط وحتى الهياج غير المسيطر عليه، ويعد الإحباط الناتج عن المشقة هو المولد للغضب الشديد.
- توقع الشر[5] ، والقلق، والخوف، فالمشقة تولد القلق والخوف أكثر من أي استجابات انفعالية أخرى، وأوضح "فرويد" أن هناك علاقة بين الصراع والقلق، كما أن القلق ينتج من ضغط الأداء، والإحباط.

---

(1) Response to Stress.
(2) Annoyance.
(3) Anger.
(4) Rage.
(5) Apprehension.

- الغم[1] ، والحزن[2] ، والحسرة[3] ، الناتجة في بعض أوقات المشقة، حيث يقود الإحباط الشديد إلى هذه الاستجابات الانفعالية . وبالرغم من أن الاستجابات الانفعالية تمثل جانباً من النشاط النفسي المعتاد في حياة الأفراد والذي يؤدي دوراً حيوياً في سلوكهم، فإن "جانيس"Janis(١٩٩٣) يحذر من أن الاستجابة الانفعالية الشديدة يمكن أن تؤدي إلى تداخل في الذاكرة وتشتيت في الانتباه، واضطراب في الحكم وصعوبة اتخاذ القرار (Through: Weiten,2000,p.384).

٢- الاستجابات الجسمية:

أكدت الدراسات أن المشقة الشديدة تحدث تغيرات جسمية مثل زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والشعور بانقباض المعدة، وأوضح "ليبوفسكي" Lipowski (١٩٨٤) أن المشقة المزمنة تولد تغييراً ما في شكل مرض أواختلال في الأعضاء الجسمية، ومن ثم تنتج ما سماه بالأمراض السيكوسوماتية[4] ، أي الأمراض الجسمية الناتجة عن عوامل نفسية، وفي هذا يذكر "ويليان" Willian أن رجال الأعمال الذين يعيشون تحت ضغط العمل، ومشقة المنزل، وتوتر في الحياة يكونوا أكثر استهدافاً للإصابة بالذبحة الصدرية (Through: Everly, 1989,p.10; Kaplan, Sallis & Patterson, 1993, p.105).

٣- الاستجابات السلوكية:

تتنوع الاستجابات السلوكية للفرد في ظل مواقف المشقة، فقد تكون هذه استجابات مواجهة، أي تتمثل في سعى الفرد للتحكم في المطالب الناتجة من مصادر المشقة أولخفضها أولتحملها، وربما تكون هذه الاستجابات في شكل عدوان على الآخرين أوعلى الذات سواء أكان هذا العدوان لفظيا أم جسميا، أوقد تكون استجابة انسحابية من مواجهة المشقة، وهو ما وصفه " سيلجمان " بسلوك العجز،

---

(1) Dejection.
(2) Sadness.
(3) Grief.
(4) Psychosomatic Diseases.

ومن المحتمل أن تأخذ شكل سلوكات أخرى مؤدية للانغماس الذاتي مثل التدخين، أوتناول الكحوليات، أوتعاطي المخدرات، أوالأكل بشراهة وغيرها من السلوكات الناتجة عن مصدر المشقة((Weiten,2000,pp.386-389)).

هذا عن المنحى الثاني، والذي يعالج المشقة كاستجابة سواء أكانت نفسية أم سلوكية أم جسمية ترتبط بمصادر مُشقة في خبرة الفرد.

المنحى الثالث:

أما المنحى الأخير فهو جامع للمدخلين السابقين، بالإضافة إلى تأكيده على علاقة الفرد بالبيئة، ومن ثم فهو يصف المشقة بأنها "عملية تفاعلية و دينامية مستمرة بين مثيرات المشقة الموجودة في البيئة من ناحية وبين الفرد من ناحية أخرى"، وقدم هذا المنحى كل من "لازاروس" و"فولكمان"(١٩٨٤)، فيعرفوا المشقة بأنها "العلاقة الخاصة بين الفرد والبيئة، والتي يُقيمها الفرد على أنها مهددة لذاته ومتجاوزة لمصادره وإمكاناته". وبالتالي فعندما لا يستطيع الفرد المواجهة والتوافق مع هذه المطالب المشقة، تكون النتيجة إصابته بأمراض جسمية أونفسية أوالاثنين معاً((Kaplan et al.,1993,p.104)).

الإطار النظري المفسر لمفهوم المشقة:

يعد "سيلياى" Selye (١٩٢٦) . عالم الغدد الصماء بجامعة مونتريال . هو رائد المدرسة التي قدمت مفهوم المشقة إلى الحياة العلمية، حيث لاحظ معاناة بعض الأفراد من مدى واسع من التوعك الجسمي يشمل فقدان الشهية وانخفاض القدرة العقلية وفقر الدم وانخفاض الطموح، وقد أشار "سيلياى" إليها "بزملة أعراض الشعور بالاعتلال" [1] ، ذلك لأنه وجد تشابهاً بين هذه الأعراض عبر الأفراد (Everly, 1989,p.6).

(1) The Syndrome of just being sick.

ويعود "لسيلياى" الفضل في وضع كثير من الأسس العلمية لهذا الموضوع. وقد بدأ بعمل تجارب تعتمد على مشاهدته بأن المرضى يشتركون في خصال عامة متماثلة وأعراض مرضية متشابهة، بالإضافة إلى الأعراض النوعية التي تصف وترتبط بالمرض الخاص بكل منهم، وذلك بالرغم من تعدد مصادر المرض والشكوى لديهم . فجميع المرضى يعانون من ضعف الشهية، والوهن العضلي، وفقدان الاهتمام بالبيئة، ومن ثم افترض "سيلياى" أن الأمراض المختلفة تشترك في إحداث زملة أعراض المشقة الشائعة[1] ، بالإضافة إلى الأعراض النوعية الخاصة بكل مرض. ولكي يتحقق من ذلك، عرّض"سيلياى" مجموعة من الفئران - في معمله بكندا - إلى أنواع مختلفة من الضغوط كالبرودة الشديدة، أوالحقن بمواد سامة، وغيرها من الأحداث الضاغطة، وما استجابت به الفئران في مثل هذه المواقف، يعكس في واقع الأمر استجاباتنا جميعاً نحن البشر عندما نواجه خطراً معيناً، أوضغطاً نفسياً مستمراً، وبالتالي قدم "سيلياى" نظريته الشهيرة المعروفة "بزملة التكيف العام"[2] لوصف وتفسير استجابة الأفراد لمصادر المشقة. وتتكون هذه الاستجابات من ثلاثة مراحل، هي:

١- مرحلة الإنذار[3] : يعد "كانون"(١٩٢٩) من أوائل العلماء استخداماً لمصطلح الإنذار ليعكس من خلاله محاربة الجسم لمصدر المشقة أوالاستسلام له، فعندما يتعرض الفرد فجأة لمصدر المشقة، لا يستطيع الفرد التكيف معه، فإن استجابته تحدث في طورين:

- طور الصدمة[4] ، حيث تكون الاستجابة الداخلية للمنبه الضار فورية، ومن ثم يستجيب الفرد بإشارات متنوعة مثل النبضات العضلية، وانخفاض الحرارة، وارتفاع ضغط الدم، وأعراض أخرى.

(1) Common Stress Syndrome.
(2) General Adaptation Syndrome.
(3) Alarm Reaction.
(4) Shock Phase.

- مواجهة طور الصدمة[1] ، وهو يشتمل على الرد لتعديل الطور الهجومي الحاد، فتنشط الغدد، وخاصة الغدة الأدرينالينية بشكل خاص، ويتزايد إطلاق هرمون الأدرينالين منها، لمواجهة هذا الخطر.

وتعتمد هذه المرحلة على إدراك الفرد لمصدر المشقة، ومن ثم تتغير استجابات الجسم في الإعداد لمواجهة المصدر، ومن خلال إشارات الإنذار التي تحمل في مضمونها المشقة والتهديد، فالاستثارة الجسمية تحدث كحشد الجسم لمصادره لمواجهة هذه المشقة والتهديد، ولكن مع استمرار هذا التهديد يدخل الجسم في المرحلة الثانية.

٢- **مرحلة المقاومة**[2] : ومع استمرار خبرة المشقة، تستمر التغيرات الجسمية سالفة الذكر، وبالرغم من أنه ليس بقوة مرحلة الإنذار، فإن هذه الاستثارة الجسمية تظل تعمل بمستوي أكثر ارتفاعا من المستوي الطبيعي، وفي هذه المرحلة يسعى الجسم لإعادة تخزين للطاقة الفاقدة وإصلاح ما أصاب الجسم، ومن ثم يصبح الفرد معتاداً لهذا التهديد، ولكن مع استمرار المشقة لفترة أطول، يدخل الكائن الحي في المرحلة الثالثة من مراحل زملة التكيف العام.

٣- **مرحلة الإنهاك**[3] : ونظراً لكون مصادر الجسم محدودة في محاربة ومواجهة مصدر المشقة، فأنها تكون معرضة للعجز عن التغلب على مصدر المشقة، وعندئذ تبدو مؤشرات نفاذ وانخفاض الاستثارة الجسمية، كما يصاب الفرد بالإنهاك، وتنخفض قدرته على المقاومة وتقل طاقته التكيفية، ومن ثم يصاب الفرد بأمراض التكيف[4] ، مثل أمراض القلب، والقرح المعدية (Hanson,1986,pp.41-43 ; Rathus, 1990,pp.446-448 ; Selye, 1980,pp.1128-1139 ; Thoits, 1983, pp. 35-36).

وببلوغ الفرد مرحلة الإنهاك، تكون الخلايا والجهاز المناعي والجهاز الغدي قد استنفذوا، ومن ثم يصاب الفرد بالأمراض الجسمية والنفسية، وربما أدى ذلك

---

(1) Shock Phase Counter.
(2) Resistance Stage of.
(3) Stage of Exhaustion.
(4) Diseases of Adaptation.

إلى الوفاة إذا استمرت المشقة، وقد يصاب الفرد بمرض الأورام السرطانية، أوبأمراض الأوعية الدموية(Kaplan et al. ,1993,p.107)).

هذا وقد ميز "سيلياى" بين نوعين من الطاقة التكيفية[1] هما: **النوع السطحي**[2]، وهو نوع من الطاقة يستخدم باستمرار في أي وقت. **والنوع العميق**[3]، وهو نوع يخزن في الجسم، ويستخدم بعد نفاذ الطاقة السطحية، وخاصة في مواقف المشقة المستمرة(Selye,1980,p.130)).

ولقد اتجهت طائفة غير محدودة من الدراسات. في السنوات الأخيرة. لتوضيح العلاقة بين أحداث الحياة المُشقة والإصابة بأمراض الأورام السرطانية، حيث وجدت دراسة "جاستيكي" Justice(١٩٨٥) أن الأطفال المصابين بمرض الأورام السرطانية، كانوا أكثر تعرضا لتغيرات شديدة في الحياة بوفاة الآباء، أوفقدان علاقة حميمة قبل تشخيصهم بهذا المرض، وبالرغم من تعدد الأبحاث المؤيدة لهذه النتائج، فإن أمثال تلك الدراسات لم تسلم تصميماتها المنهجية من النقد لكونها تصميمات استرجاعية[4] تعتمد بشكل أساسي على ذاكرة الأفراد بما تحتويه من اضطرابات وتشوهات، ومن هنا فالعلاقة السببية بين المشقة والأمراض تبدو غير واضحة، بل من المحتمل أن تكون المشقة ذاتها نتاجاً للمرض أكثر من كونها سبباً لنشأته (Brown & Harris,1989,pp.4-7; Rathus,1990,pp.455-457).

كما أضاف "دورينويند" Dohorenwed و"دورينويند" Dohorenwed (١٩٧٨) مجموعة من الفروض النظرية الواصفة للعلاقة بين المشقة والمرض، وقد تعاملت بعض هذه الفروض مع الأحداث المشقة على أنها متغير سببي يؤثر في إنتاج الحالة المرضية، وبعضها الآخر تعامل مع العوامل المعدلة للآثار السلبية الناتجة عن التعرض للمشقة، وفيما يلي عرض موجز لكل فرض:

---

(1) Adaptation Energy.
(2) Superficial Kind.
(3) Deeper Kind.
(4) Retrospective.

١- **فرض العامل الرئيس المؤثر:** ويفترض "دورينويند" أن التعرض المستمر للمشكلات الاجتماعية الحادة، وللأحداث الحياتية المشقة، يمثل العامل الرئيس المباشر(١) ، والمتسبب في حدوث المشكلات الصحية والنفسية والجسمية.

٢- **فرض العامل الوسيط:** إن درجة التعرض للإجهاد النفسي المزمن والمستمر يمثل العامل الوسيط(٢) أو المعدل لظهور المشكلات الصحية، فكلما ارتفعت نسب المعاناة من الإجهاد النفسي تزايدت معدلات ظهور المشكلات.

٣- **فرض تفاعل الأثر المخفف:** تبلور هذا الفرض عندما حاول "دورينويند" شرح العلاقة بين الفروق الفردية وتنوع استجابات المشقة رغم التعرض لظروف مشقة واحدة. فيرى فرض تفاعل الأثر الملطف(٣) أن معتقدات الفرد واتجاهاته السابقة، بالإضافة إلى ظروفه الاجتماعية قد يتفاعلان. كعوامل وسيطة - مع الأحداث المشقة ليتحكما في إنتاج الحالة الصحية السيئة أوالجيدة.

٤- **فرض الحمل المتزايد (الإضافي):** يطرح هذا الفرض دور العوامل الرئيسة السابق طرحها في الفرض الثالث، ولكنه يتعامل معها بوصفها عوامل للعبء أوالأعباء الإضافية(٤) التي تضاف إلى الأحداث المشقة كعوامل مستقلة فرعية هدفها التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن المشقة.

٥- **فرض الحمل الأساسي:** يري فرض العبء أوالحمل الأساسي(٥) أن العوامل الشخصية والاجتماعية تمثل العوامل المستقلة الرئيسة المخففة من آثار التعرض لمصادر المشقة.

٦- **فرض أثر الحدث السلبي:** ويتصور فرض أثر الحدث(٦) السلبي وجود ارتداد في العلاقة السببية بين المشقة والمشكلات الصحية، وذلك على الحالة

(1) The main effect hypothesis.
(2) Intervening factor hypothesis.
(3) The Interaction of buffering effect hypothesis.
(4) Additive burden.
(5) The Basic burden hypothesis.
(6) The event proneness hypothesis.

الصحية للفرد خلال فترات تالية؛ فيؤدي ذلك إلى تدهور الحالة والتي بدورها تمثل مصدراً للمشقة(جيهان أحمد حمزة،٢٠٠٢، ص ص ٦٦- ٦٧).

وبعد استعراض هذه الفروض الستة، نرى أن أقربها لما تقوم الدراسة بتناوله هو الفرض الأخير، لما يترتب عليه من الإصابة بمرض الأورام السرطانية عديد من مصادر المشقة، ولقد لاقت الصورة الأخيرة للعلاقة بين المرض والمشقة اهتماماً واسع النطاق بين البحوث الحديثة، لاسيما المشقة الناجمة عن الإصابة بمرض الأورام السرطانية، والتي تتزايد حالاتها بشكل ملحوظ. ومن بين ما كرست تلك الدراسات اهتمامها له، استكشاف أهم مصادر المشقة لدى المريض بعد الإصابة بالمرض، وكان في مقدمة هذه المصادر ما يأتي:

١- التشخيص وأعراض مرض الأورام السرطانية ذاتها تعد من أهم مصادر المشقة للمريض، حيث يعد مرض الأورام السرطانية من الأمراض التدريجية والتطورية، بمعني أن يعيش المريض بالرغم من وجود أعراض هذا المرض، وبالتالي يرتبط بهذا العامل أعراض المرض كالقيء، والغثيان، وفقدان الشهية، الألم، والتعب.

٢- والعلاج المقدم، حيث يعد العلاج الجراحي والعلاج بالإشعاع من اكثر العلاجات المقدمة، وما يرتبط بهما من أعراض جانبية، وانتكاسات، وكمية العلاج، وناتج هذه العلاجات.

٣- والعوامل الاقتصادية، وما يرتبط بها من تكاليف العلاجات، والانتقالات، وضياع الوقت(Koocher,1986).

٤- وعوامل مهنية مثل التغير في دور الفرد في الحياة مثل تغير الوظيفة، أوفقدان الوظيفة، أوالتقاعد.

٥- وعوامل اجتماعية مثل التغير في الروابط الاجتماعية مثل حدوث اضطرابات في علاقة المريض بالزوجة، أوالأبناء(Brown et al.,1989,p.22).

وبالتالي ستركز دراستنا الحالية حول حصر مصادر المشقة المترتبة على الإصابة بمرض الأورام السرطانية، لبيان مدى المشقة التي يعانيها المرضى، ليس فقط من المرض ذاته، بل كذلك من النتائج المترتبة عليه.

التعقيب:

بعد استعراض المفاهيم السابقة بشكل منفصل، نرى أنه ليس من الواقعي أن تكون هذه المتغيرات بهذا الشكل، بل هي دائمة التفاعل فيما بينهما، بمعني من الصعب إيجاد أثر للمتغير دون النظر للمتغير الأخر، وما يؤكد هذه النظرة التفاعلية بين هذه المتغيرات، هو توفر الأدلة العلمية والنتائج التجريبية التي تبرهن على أننا أمام منظومة من المتغيرات النفسية المتفاعلة مع بعضها البعض بشكل مستمر، ومن هذه الأدلة المطروحة، ما طرحه "سيلجمان" و"أبرامسون" (١٩٧٨) من إطار نظري مشترك لتفسير كل من مفهومي **التشاؤم والعجز المكتسب**، وذلك طبقاً للأسلوب التفسيري للفرد، ولعل ذلك أتضح من خلال عرضنا للمفهومين. هذا عن الدليل النظري، أما الدليل التجريبي، فجاء من خلال تجارب "سيلجمان"(١٩٩١) التي وجدت أن مفهوم التشاؤم يرتبط بمفهوم "مصدر الضبط"[(1)] ، والذي يقصد به "مدى شعور الفرد بقدرته على التأثير في الأحداث التي تعنيه"؛ فالأفراد الذين لديهم مصدر ضبط خارجي يعتقدون أن ما ينالهم من أحداث سارة وسيئة مرده إلى عوامل خارجية(الحظ، ومساعدة الآخرين، أوعدوانيتهم). أما الأفراد الذين لديهم مصدر ضبط داخلي فيعزون تلك الأحداث إلى عوامل خاصة بذواتهم(قدراتهم، أوتقصيرهم، وشجاعتهم). والأفراد الذين تعلموا العجز نتيجة تكرار وقوع أحداث سيئة في حياتهم لم يستطيعوا تجنبها، ولديهم إحساس قوي بمسئولية عوامل داخلية عن ذواتهم فيما يصيبهم من أحداث. فقد بينت تجارب العجز المتعلم أن ثلثي أفراد عينة التجارب يستسلمون للظروف العصيبة أثناء التجربة، بسبب عجزهم عن اجتيازه، في حين أن الثلث الآخر من العينة يرفض الاستسلام، ويستمر في محاولاته للخروج من المأزق، كما وجد "سيلجمان" أن الاختلاف بين هاتين المجموعتين يكمن في مستوى

(1) Locus of Control.

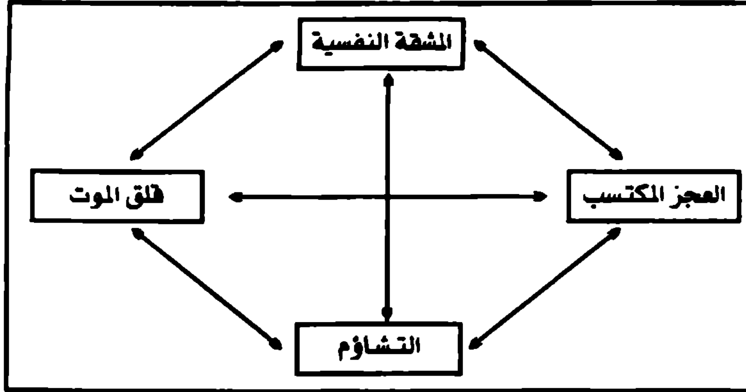
التشاؤم، حيث وجد أن العينة التي استسلمت للظروف كانت أكثر تشاؤماً (المشعان، ٢٠٠٢).

هذا عن العلاقة بين مفهومي العجز والتشاؤم، أما عن مفهومي **قلق الموت والمشقة النفسية**، فمن المنطقي افتراض وجود علاقة قوية بينهما، حيث يعد قلق الموت مصدراً للمشقة النفسية، فالفرد الذي يعاني مشاعر القلق تسبب له مشقة نفسية، ويؤكد ذلك ما توصلت إليه دراسة "شيبنال" Chibnall وآخرين (٢٠٠٢) من خلال فحص العلاقات بين مجموعة بين المتغيرات، مثل قلق الموت، والمشقة النفسية، والاكتئاب، وشدة الأعراض الجسمية، والمساندة الاجتماعية لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة(ن =٧٠)، تخضع للعلاج الطبي المكثف، فجاءت نتائج الدراسة في نفس المسار المتوقع، حيث وجدت أن قلق الموت يرتبط ارتباطاً إيجابياً مع كل من المشقة النفسية، وشدة الأعراض الجسمية، والاكتئاب، ويرتبط سلبياً مع المساندة الاجتماعية (Chibnall, Videen, Duckro & Miller, 2002)

أما عن **مفهومي العجز المكتسب والمشقة**، تعد نظرية "سيلجمان" من النظريات الجامعة للمفهومين معاً، حيث ذكر "سيلجمان" - طبقاً لنظريته - أنه لكي يتعلم الفرد العجز لابد من وجود خبرة مُشقة يمر بها، ولا يستطيع التحكم فيها أو معالجتها للمواجهة معها، فعلى سبيل المثال الشخص المصاب بالأورام السرطانية، ويلجأ للأطباء الأكفاء للتخلص من هذا المرض، وبالفعل تزول هذه الأعراض بعد خضوعه لقرص علاجي مكثف، ثم بعد فترة زمنية ينتكس المرض، وتعاوده الأعراض مرة أخرى، وبعد تكرار هذه الخطوات نفسها، نجد المريض يصاب بحالة عجز، بسبب فشل كل الطرق والمجهودات لعلاج هذا المرض و للتخلص من أعراضه(Taylor,1995,p.236)). ومن هنا يتضح أن بداية تكوين العجز عند الإنسان، هو المرور بخبرة مشقة، إذن فالعلاقة بينهما واضحة.

هكذا يتضح من الأدلة السابقة أننا أمام منظومة من المتغيرات النفسية المتفاعلة مع بعضها البعض، فقد يكون بين بعض المتغيرات علاقات مباشرة، وبين بعضها الآخر علاقات غير مباشرة، وبالتالي نستطيع رسم شكل تصوري لتفاعل

هذه المتغيرات مع بعضها بعضا، ويوضح الشكل (٣ - ٢) هذه المنظومة التفاعلية لهذه المتغيرات معاً.



شكل (٣- ٢) يصور العلاقات بين متغيرات الدراسة الراهنة

وبعد استعراض أهم الأدلة عن وجود شبكة من التفاعلات بين متغيرات الدراسة، والتي ستتضح بشكل أقوى بعد استخلاص دراستنا الحالية لنتائجها، لبيان هذه الشبكة داخل منظومة أمراض الأورام السرطانية، وهل ستبقي كما هي، أم ستختلف؟.

وبالانتهاء من عرض النظرة التفاعلية لهذه المتغيرات معاً، نكون قد انتهينا من الفصل الثالث الخاص بالإطار النظري لكل المفاهيم التي ضمتها الدراسة الراهنة.

ملخص الفصل:

قدمنا في هذا الفصل عرضاً مفصلاً لمفاهيم الدراسة الرئيسة وهى العجز المكتسب، وقلق الموت، والتشاؤم، وأخيراً المشقة النفسية، فعرضننا لتعريف كل مفهوم على حدة، كما أوضحنا للأطر النظرية المفسرة لكل مفهوم، واستخلصنا لتعريف كل مفهوم كما ستتبناه دراستنا الراهنة.

كما عرضننا لدور كل مفهوم في مجال الإصابة بالأمراض المزمنة . خاصة مرض الأورام السرطانية . لبيان ما يترتب على هذا المرض من آثار نفسية تفوق حدة المرض ذاته. وختمنا الفصل بإطار تصوري للعلاقة بين متغيرات الفصل الحالي.

وبعد الانتهاء من عرض المفاهيم النظرية للدراسة ، يتبقى لنا تقديم للدراسات السابقة المتناولة لهذه المفاهيم في مجال الأمراض المزمنة ، وما انبثق عنها من نتائج، وهذه هي مهمة الفصل التالي من هذه الدراسة.

الفصل الرابع

الدراسات السابقة (عرض وتقييم)

- دراسات عنيت بالأورام السرطانية وما ينجم عنها من اضطرابات نفسية وجسمية.
- دراسات اهتمت بمفهوم استراتيجيات المواجهة ، ودورها في خفض المشقة النفسية لدى مرضي الأورام السرطانية.
- دراسات ركزت على دور مفهوم المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية والجسمية الناجمة عن المعاناة من مرض الأورام السرطانية.

مقدمة:

يعد كل من مفهوم استراتيجيات المواجهة ومفهوم المساندة الاجتماعية من المفاهيم الخصبة والمهمة في الإنتاج النفسي الحديث والمعاصر، وذلك لما لهما من دور بارز في مجال علم النفس الإكلينيكي (العيادي) بوجه عام، ومجال علم النفس الطبي بوجه خاص. ولكن بالرغم من الاهتمام المتزايد بمفهومي المواجهة والمساندة الاجتماعية، وعلاقة كل منهما منفصلاً بالمشقة النفسية، تبين لنا من خلال المسح الشامل الذي أجريناه بواسطة الحاسب الآلي للدوريات النفسية والطبية المتخصصة، عدم تناول أية دراسة - سواء أكانت دراسة عربية أم دراسة أجنبية - للعلاقة بين هذين المفهومين بعضهما بعضاً، أوتأثيرهما المشترك في خفض المشقة النفسية لدى مرضى أورام المثانة البولية. وبما أن الدراسات السابقة تمثل مصدراً لرصد الظاهرة وتحديد موقعها من الإنتاج الفكري النفسي؛ فكان اهتمام الباحثة في عرض الدراسات السابقة منصباً على استنباط فروض الدراسة، وتحديد موقع الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة، لبيان الاتفاق والاختلاف بينهما.

وهو ما يدفعنا الآن إلى استعراض كل مفهوم على حدة، لإبراز دوره في تخفيف حدة الاضطرابات النفسية الناجمة عن المعاناة من مرض الأورام السرطانية؛ خاصة الاضطرابات التي ركزت عليها الدراسة الراهنة وهي المشقة النفسية، والعجز المكتسب، والتشاؤم، وقلق الموت، وبالإضافة إلي التخفيف من حدة المعاناة من المرض.

ومن ثم يمكن تقسيم عرضنا للدراسات السابقة من حيث المتغيرات محل اهتمامنا إلى ثلاث فئات:

- **أولاً**: الدراسات التي عنيت بالأورام السرطانية وما ينجم عنها من اضطرابات نفسية وجسمية.
- **ثانياً**: الدراسات التي اهتمت بمفهوم استراتيجيات المواجهة، ودوره في خفض المشقة النفسية لدى مرضي الأورام السرطانية.

- **ثالثاً**: الدراسات التي ركزت على دور مفهوم المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية والجسمية الناجمة عن المعاناة من مرض الأورام السرطانية.

أولاً:الدراسات التي عنيت بالأورام السرطانية وما ينجم عنها من اضطرابات نفسية وجسمية

تعد الصحة العامة - من منظور منظمة الصحة العالمية - مفهوما متعدد الأبعاد، فتحتوى على البعد الجسمي، والبعد النفسي، والبعد الاجتماعي، وأكد عديد من الدراسات أن الصحة الجسمية ترتبط بشكل جوهري مع الصحة النفسية، فهناك علاقة تبادلية بينهما، بمعني أن الصحة الجسمية تؤثر على الصحة النفسية، والعكس صحيح(Hays & Stewart,1990)). وستختص دراستنا الحالية بجانب واحد فقط من هذه العلاقة، والمتمثل في تأثير الصحة الجسمية - الإصابة بمرض الأورام السرطانية - على الصحة النفسية، وما ينجم عن هذا التأثير من اضطرابات متعددة، تعد في جوهرها مصدراً للمشقة لدى المرضى. ومن ثم يمكن تقسيم الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض الأورام السرطانية إلى محورين، هما:

أ- دراسات تناولت طبيعة مصادر المشقة المترتبة على الإصابة بمرض الأورام السرطانية.

ب- دراسات تناولت فحص الاضطرابات النفسية المرتبطة بمرض الأورام السرطانية.

فيما يختص بالدراسات التي تناولت طبيعة مصادر المشقة:

تنقسم مصادر المشقة التي يعاني منها مريض الأورام السرطانية إلي أربعة أنماط رئيسة هي: المشكلات الجسمية والتأهيل[1] ، والقضايا المهنية[2] المتصلة

---

(1) Physical Problems and Rehabilitation.

(2) Vocational Issues in Chronic Illness.

بالأمراض المزمنة، ومشكلات العلاقات الاجتماعية[1] والاضطرابات المزمنة، والعوامل الاقتصادية[2].

بالنسبة للنمط الأول وهو المشكلات الجسمية والتأهيل الناتجة عن المرض:

فقد كشفت نتائج بعض الدراسات عن أن أبرز هذه المشكلات؛ هو الألم كما يحدث لدى مرضى الأورام السرطانية، وقد يتسع نطاق المشكلات ليشمل اضطرابات مصاحبة لنمط العلاج سواء أكان علاجاً كيمائياً أم علاجاً إشعاعياً أم علاجاً جراحياً"(Taylor et al.,1993,p.513)

وأضاف "كليلاند" Cleeland وآخرون(٢٠٠٠) أن مصادر المشقة الجسمية لدى مرضى الأورام السرطانية تتمثل في الألم، وفقدان الشهية، والتعب، والغثيان، واضطراب الأمعاء، والقيء (Cleeland, Mendozi, Wang, Harle, Morrissey & Engstrom,2000).

كما وجد أن مريض الأورام السرطانية يصاب بتدهور العلاقات الزوجية والجنسية، وهبوط في مستوى النشاط والأداء، وتدهور عام في الصحة الجسمية ((Rose,1990.

وأكد "كوشير" Koocher(١٩٨٦) أن اضطراب التغذية، والإرهاق، وعدم الشعور بالراحة الجسمية، والنحافة تعد من أهم المشكلات الصحية المترتبة على الإصابة بمرض الأورام السرطانية(Koocher,1986)).

وأضاف "ويبستر" Webstar(٢٠٠١) أن الأرق من الأعراض الملحوظة لدي نسبة كبيرة من مرضى الأورام السرطانية، وله نواتج سلبية قد تفوق الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي (Webster,2001)). ويعاني حوالي ٣٨٪ من مرضى الأورام من اضطرابات في النوم (Andersen, Kiecolt-Glaser &Glaser, 1994).

(1) Social Interaction Problems in Chronic Illness.
(2) Economic Factors.

هذا عن الأعراض المترتبة على الإصابة بالمرض ذاته، ولكن وجد الباحثون أن هناك بعض الأعراض الجانبية الأخرى المرتبطة بنمط العلاج المحدد للمريض، فأشار " كاري " Carey وآخرون(١٩٨٨) أن ما يقرب من(٤٥٪) من مرضى الأورام السرطانية يصابون بالقيء، وبالإسهال، والغثيان بعد أول جلسة للعلاج الكيميائي (Carey & Burish,1988).

كما وجد أن التعب يعد من الأعراض الجانبية للعلاج الإشعاعي، ويستمر هذا العرض لدي نسبة تتراوح من (٦٥٪) حتى(١٠٠٪) من المرضى بعد توقف العلاج، أما بالنسبة للأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي، فمنها القيء، وارتفاع الحرارة، وفقدان الشهية (Magnussonk, Moller, Ekman & Wallgern, 1999).

وجاءت نتائج دراسة "جونسون" وآخرين(١٩٨٩) متفقة مع الدراسات السابقة، حيث وجد أن ٧٥٪ من مرضى أورام البروستاتة يعانون من سقوط الشعر، ومشكلات بولية، وحروق جلدية بعد تعرضهم للعلاج الإشعاعي المكثف (Johnson & Lauver,1989).

وأضاف "بيكيت" Pickett(١٩٩١) أن الأعراض الجانبية للعلاج الإشعاعي والكيميائي لدى مرضى أورام الثدي والرئة والدم، تتوقف على عاملين رئيسين، هما: **العامل الفارماكولوجي** المختص بالخصائص الطبية للعلاج، **والعامل الموقفي**، المرتبط بالخصائص الموقفية للعلاج، وما يحتويه من توقعات وتعلم مسبق لدى المرضى (Pickett,1991).

أما النمط الثاني وهو القضايا المهنية في الأمراض المزمنة:

قد لا يرى بعضنا علاقة مباشرة بين المهنة والإصابة بالمرض، ولكن إذا نظرنا إلى المهنة في ضوء اعتبارات عديدة فسوف نستطيع أن ندرك هذه العلاقة إدراكاً مباشراً، فالمهنة تعني العمل في ظل ظروف بيئية خاصة، وتداول المواد الكيميائية والتعرض لها. وقد تكون هذه المواد صلبة أوسائلة أوغازية، وقد تكون ذات حرارة مرتفعة أومنخفضة. ومادام الجسم الإنساني بأجهزته المختلفة يعد مجالاً لاستقبال

المادة في أي صورة من صورها، فإنه يتوقع عند العمل في مهنة معينة أن يتأثر جسم الإنسان بخصائص البيئة التي يعمل فيها وطبيعة المواد التي يتداولها ويتعرض لها. ولقد كانت دائماً المواد - في حالتها الصلبة أوالسائلة أو الغازية - مؤثرة على الجسم بتأثيرات متنوعة، وكان حدوث الأذى للجسم والإصابة بالأمراض هي إحدى هذه التأثيرات، ولذا فقد لوحظ وجود علاقة بين المهنة - وما يتضمنه ذلك من التعرض لظروف خاصة ومواد صناعية - وبين الإصابة بمرض الأورام السرطانية(حنا، ١٩٩٠، ص٧٩). ولن يتوقف الأمر على حد تأثير بيئة العمل على الإصابة بمرض الأورام السرطانية، بل امتد ليشمل كذلك تأثير الإصابة بالأورام السرطانية على بيئة العمل، والذي وجد أن هذا التأثير قد يتطلب من المرضى في بعض الأحيان تغيير مهنتهم أوتركها، وأشار الباحثون إلي أن أغلب المرضى قد يأخذون إجازة طويلة المدى، مما يترتب عليها كثير من الاضطرابات النفسية(Taylor et al,1993,p.514).

اما النمط الثالث وهو مشكلات العلاقات الاجتماعية المتعلقة بالأمراض المزمنة:

أوضحت الدراسات وجود علاقة جوهرية بين المستوى الاجتماعي وبين الإصابة بمرض الأورام السرطانية، فأشارت الدراسات إلى أن إصابة عضو من أعضاء الجسم بورم سرطاني يرتبط بالطبقة التي ينتمي إليها المريض، فأكد "ويلليم" William(١٩٧٦) أن نساء الطبقة الدنيا أكثر عرضة لأورام الرحم، وذلك يرجع لتكرار عدد مرات الحمل، أما أورام الثدي فيزداد معدل الإصابة به بين نساء الطبقات العليا اللواتي أنجبن وأرضعن أطفالاً أقل من نظيراتهن من الطبقة الدنيا(حنا، ١٩٩٠، ص٧٥).

وبالتالي يتضح مدى ارتباط مرض الأورام السرطانية بالبيئة الاجتماعية التي يعيش بها المريض. أما عن تأثيره على العلاقات الاجتماعية بين المريض والمحيطين به، فأشار "داكر" Daker وآخرون(١٩٩٠) إلي أن اضطراب العلاقات الاجتماعية لا يقع فقط علي المريض، بل يمتد ليشمل أعضاء العائلة التي ينتمي إليها المريض وذلك لزيادة اعتماد المريض عليهم (Taylor et al., 1993,p.515).

كما سجل الباحثون وجود تغيرات ملحوظة في مصادر المساندة المتاحة للمريض من قبل الأصدقاء والأقارب، وتنعكس هذه التغييرات بشكل سلبي على المريض ذاته، وعلى علاقته الاجتماعية بالآخرين(العثمان، ١٩٩٥، ص١٣١).

وانتهى "بلوم" Bloom وآخرون(١٩٩٤) إلى نتائج مشابهة لما سبق، فوجد من خلال المقارنة بين مجموعة من مرضى الأورام(أورام الثدي و أورام المثانة) ومجموعة من الأسوياء، أن المرضى قبل الجراحة يحتاجون إلى مساندة كبيرة من المحيطين بهم، ولكن على الرغم من ذلك لا يحصلون عليها، وأرجع "بلوم" هذه النتيجة إلى وجود وصمة العار المرتبطة بالمرض، والتي تجعل المحيطين بالمرضى يبتعدون عنهم(Bloom & Kessler,1994).

ووصف "زيمور" Zemore وآخرون(١٩٨٩) مرضى الأورام السرطانية بالضحايا، وسيئي الحظ، وذلك نتيجة لما يصيبهم من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية بعد الإصابة بالمرض، فتقل المساندة الاجتماعية في الوقت الذي هم في أشد الاحتياج إليها، ويتجنبهم الأصدقاء والأقارب، ويشعر المقربون بالشفقة والعطف عليهم(Zemore & Shepel,1989).

ووجد "إيل"(١٩٩٦) أن إصابة فرد في الأسرة بمرض الأورام السرطانية يضع الأسرة في أزمة شديدة، ويؤثر على العلاقات الزوجية والأسرية، ويؤدي إلى تغيرات جوهرية في الأدوار الاجتماعية التي تقوم بها الأسرة(Ell,1996).

كما سجل مرضى الأورام السرطانية(ن= ٨٧) صعوبات شديدة في العلاقات الاجتماعية بعد الإصابة بالمرض، ووجد أن حدة هذه الصعوبات تتوقف على جنس المريض، فالذكور المرضى يعانون مستوى أعلى من هذه الصعوبات الاجتماعية بالمقارنة بالإناث المرضى(Peleg-Oren & Sherer,2001).

أما النمط الرابع والأخير فهو التغيرات الاقتصادية المترتبة على الإصابة بالأورام السرطانية:

أكدت الدراسات أهمية المتغيرات الاقتصادية كمصدر للمشقة، وذلك لأن التكلفة المادية للمرض سواء أكانت في شكل علاج أم في شكل نفقات أخرى يمكن أن تؤثر بشكل جوهري على كيان المريض، وعلى المستوي الاقتصادي لأسرته(حنا، ١٩٩٠، ص١٨).

كما أوضح "كوشير"(١٩٨٦) أن المتغيرات الاقتصادية تمثل عبئاً كبيراً على المريض، وتؤدى إلى عديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية، وإلى مزيد من تدهور الحالة الصحية، وتشمل المتغيرات الاقتصادية تكاليف المستشفى، وأجر الطبيب، وتكلفة العلاج، والأجهزة المطلوبة للعلاج، بالإضافة إلى تكاليف الانتقال خاصة مع تباعد مكان إقامة المريض عن مركز العلاج (Koocher,1986)).

وأشار"لانسكاى" Lansky(١٩٧٩) إلى أن عدداً كبيراً من الأسر تفقد أغلب دخلها المادي نظير علاج أحد أفرادها المصاب بمرض الأورام السرطانية، وذلك يرجع إلى ارتفاع التكلفة المادية للعلاج، وبالتالي تتدهور الحالة الاقتصادية للأسرة (Lansky,1979).

ويتضح من العرض السابق مدى تنوع مصادر المشقة وتعددها، وعلى الرغم من وجود مؤشرات على الشفاء من هذا المرض، يمر المريض وأسرته بتوتر شديد نتيجة للعواقب الطبية والبدنية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية الناجمة عن الإصابة بهذا المرض، كان هذا فيما يتعلق بالمحور الأول المختص بعرض الدراسات التي تناولت طبيعة مصادر المشقة الناجمة عن الإصابة بمرض الأورام السرطانية.

اما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت فحص المشكلات النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية:

وجد "إبنج ـ جورديان"Epping- Jordain وآخرون(١٩٩٠) أن مريضات أورام الثدي تعانين مستويات مرتفعة من القلق وأعراض الاكتئاب بعد تشخيص المرض وفي أثناء فترة العلاج (Epping – Jordan et al.,1999).

كما أوضحت دراسة "روبن"Robin وآخرين(١٩٧٣) أن مرضى الأمراض المزمنة غالباً يعانون اليأس ثم الاكتئاب، وذلك وفقا للنموذج الذي طرحه "أندرسون" Anderson وآخرون(١٩٧٣)، وقد أكد فيه أن اليأس يعد دالة للأمراض المزمنة والتي تؤدي فيما بعد إلى الاكتئاب (Through: Kaplan et al,1993,p.261).

أما "لويس" Lewis وآخرون (١٩٧٩) فقد سجلوا عدداً من الاستجابات النفسية لعينة من مرضى الأورام السرطانية الخاضعين للعلاج الجراحي، واستمر تسجيل استجابات المرضى على عدد من المقاييس النفسية كتقدير الذات، والعجز، والاكتئاب، والقلق لمدة ثمانية أسابيع. وأسفرت النتائج عن ارتفاع ملحوظ في درجات المرضى على مقاييس القلق والشعور بالعجز، بالإضافة إلى انخفاض درجاتهم على مقياس تقدير الذات المرتبط بالاكتئاب.

وأجرى "جوتسمان"Gottesman وآخرون(١٩٨٢) دراسة للمقارنة بين ثلاث مجموعات للسيدات، بحيث بلغ عدد النساء في كل مجموعة ٢٢سيدة. مثلت المجموعة الأولى عينة من مريضات الأورام السرطانية، بينما تمثلت المجموعة الثانية عينة من المريضات اللاتي أجريت لهن جراحة، أما المجموعة الثالثة فكانت من الأسوياء، وأسفرت النتائج عن أن مجموعة مرضى الأورام السرطانية كانت أكثر المجموعات شعوراً بالعجز والاكتئاب وذلك بالمقارنة بالمجموعتين الأخريين (Gottesman & Lewis,1982).

كما وجد "هيرذوج" Herzog وآخرون(١٩٨٨) أن العجز عن التحكم في البول. كعرض منتشر بين مرضى أورام المثانة البولية. كفيل بإصابة المريض بالاكتئاب والقلق والعجز، لما له من أثر واضح على النشاط اليومي للمريض (Herzog, Fultz, Brock, Brown & Diokno,1988).

وأوضح "ديان" Diane وآخرون(١٩٩٠) أن المرأة المصابة بأورام الثدي تواجه. بعد جراحة استئصال الثدي. عدة تغيرات رئيسة في حياتها تؤثر على إحساسها بالسعادة والطمأنينة، وكذلك على علاقتها بالآخرين، وقد يكون لأسلوب العلاج

أثره العميق في ذلك، فالتلف الناتج عن هذه الجراحة يؤثر على صورة المريضة عن ذاتها، مما يرتب عليه الشعور بالألم والمخاوف وانتظار الموت، حتى ولو كان الإجراء الجراحي علاجاً شافياً لها. وقد أظهرت الدراسات أن هناك نسبة تتراوح بين ٢٥٪ و٣٠٪ من النساء اللواتي أجريت لهن عملية استئصال الثدي يواجهن مشكلة نفسية شديدة، وأكدت الدراسات أن تشخيص مرض الأورام السرطانية وعلاجه يعدان من أكثر المتغيرات المسببة لمشقة ما بعد الصدمة (Diane & Joni,1990, p.196; McGrath,1999).

وأشار "ليديربيرج" Lederberg وآخرون(١٩٩٥) إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية، وذلك من خلال عمل مسح لعينات كبيرة من المرضى في المراكز الطبية التي يتلقون فيها العلاج، فأسفرت النتائج عن أن ٤٧٪ من أفراد العينة يعانون الاضطرابات النفسية، ومن أبرز هذه الاضطرابات القلق والأعراض الاكتئابية((Lederberg, Holland & Massie,1995)).

وتوصلت دراسة "سحر راضي" Sahar Radi (١٩٩٦) إلى وجود انخفاض في تقدير الذات لدى مرضى أورام المثانة بعد إجراء جراحة تغير مجرى البول (Radi,1996,p.100).

وخرجت دراسة "ماكجوير" Maguire ـ التي أجريت على مجموعات كبيرة من مرضى الأورام السرطانية ـ بالنتائج السابقة نفسها، وقد يرجع ذلك إلى أن تشخيص مرض الأورام السرطانية يهدد الفرد بفقدان أدواره الاجتماعية وتدهور صحته، ومثل هذه التهديدات تزيد من استهداف مريض الأورام السرطانية للإصابة بالأمراض النفسية. كما أن الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي، والمتمثلة في الغثيان، والقيء، وسقوط الشعر تؤدي بدورها إلى مشاعر الاكتئاب وشعور المريض بعدم جدوى العلاج(العثمان، ١٩٩٥، ص ص ١٥٩ - ١٦١).

وتؤكد الدراسات التالية النتائج السابقة نفسها، وذلك من خلال مسح شامل أجرى على مرضي الأورام السرطانية، فقد تبين أن ما يقرب من ٣٪ إلى ٦٪ من

مرضى الأورام السرطانية يتم تشخيصهم ضمن فئة الاضطرابات ما بعد كرب الصدمة (Jacobsen, Sadler, Booth-Jones, Elizabeth, Weitzner & Fields, 2002 ; Hampton & Frombach,2000).

وفي دراسة "كومباس" Compas وآخرين(١٩٩٤) وجد أن السيدات المصابات بأورام الثدي(ن = ١١٧) سجلن أعلى مستوى للمشقة والاكتئاب والقلق، وذلك لخوفهن من التشخيص والعلاج، وفقدان المظهر الجسمي، وقصور الوظائف الجسمية (Compas et al.,1994).

وتوصلت دراسة "فاتن قنديل" Faten Kandil(١٩٩٨) إلى وجود انخفاض شديد في جودة الحياة لدى مرضى أورام المثانة البولية، وهذا الانخفاض يتوقف على نوع الجراحة التي أجريت للمرضى، وعلى طول الفترة الزمنية بعد الجراحة (Kandil,1998,p.120).

وأجرى "جيفري" Jeffrey وآخرون(١٩٩٩) دراسة لفحص عدد من الاضطرابات النفسية لدى مرضى أورام البروستاتة السرطانية. متوسط أعمارهم ٧٥ عاماً. ووجد أن العجز المكتسب يرتبط بانخفاض تقدير الذات لدى المرضى، والذي يزيد من ناحية أخري من الاكتئاب، والقلق (Jeffery, Patrick & Lawerance,1999)).

وتوصلت دراسة "سكولز" Schulz وآخرون(١٩٩٥) إلى أن المستوى الاقتصادي لمريض الأورام السرطانية واتجاهه السلبي نحو مرضه يعدان من أهم المسببات لاكتئاب المريض وانخفاض تقديره لذاته (Schukz, Williamson, Knapp & Bookwala,1995).

وجاءت دراسة "هارت" Hart(١٩٩٨) لتوضح أن التغيرات في وظائف المثانة، والقصور الجنسي يؤديان إلى انخفاض في جودة الحياة لدي مرضى الأورام المثانة السرطانية، كما توسعت الدراسة لتفحص أهم النواتج النفسية السلبية لدي (٢٢٤) مريض بالأورام السرطانية، وكان متوسط أعمارهم ٧٠ سنة، فوجدت أن المشقة الانفعالية تعد من أهم النواتج النفسية السلبية لدى المرضى، وأكدت الدراسة أهمية

تقييم المريض لمرضه، فالتقييم السلبي يؤدي إلى زيادة الشعور بالمشقة الانفعالية، ومزيد من القصور في النشاط الاجتماعي (Hart, 1998,p.214).

وتؤكد دراسة "هاردت" Hardt وآخرون(٢٠٠٠) النتائج السابقة نفسها، حيث يصاب مرضى أورام المثانة بحالة من عدم الرضا عن الحياة، وانخفاض في جودة الحياة، وقصور في النشاط الاجتماعي بعد عام من إجراء جراحة استئصال المثانة البولية، وأرجع الباحثون هذه النتيجة إلى وجود قصور في النشاط الجسمي والجنسي للمرضى (Hardt, Filibas, Hohenfellner & Egle,2000).

وبالمقارنة بين عينة من مرضى أورام المثانة السرطانية(ن=٤٠) وعينة أخرى من مرضى أورام الدم السرطانية(ن = ٤١)، الخاضعين للعلاج الكيميائي، وجد أن مرضى الأورام المثانة كانوا أكثر شعوراً بالعجز الاجتماعي من مرضى أورام الدم (Huerny; Piasesky, Bagin & Holland,1987).

واستخلصت دراسة "ليما" Lima وآخرين(١٩٩١) ارتفاعاً ملحوظاً في درجات مرضى أورام المثانة السرطانية على مقياس الاكتئاب، وأوضحت الدراسة أن هناك فروقاً بين المرضى في درجة الاكتئاب حسب شدة المرض، ومرحلته، ودرجة تقبل المريض له (Lima & Cohen,1991).

كما وجد أن الاضطرابات النفسية تختلف باختلاف موضع الورم السرطاني، فمرضى أورام المستقيم كانوا أكثر تعرضاً للهوس الاكتئابي، بينما يتعرض مرضى أورام المثانة للإصابة بالفصام، أما مرضى أورام المعدة فهم أكثر عرضة لاضطراب العته المبكر (Nagayama, Arai & Suzuki,1994).

واكتشفت دراسة "كوثاري" Kothari وآخرين(١٩٩٨) وآخرين شيوع قلق الموت بدرجة جوهرية بين مرضى الأورام السرطانية، وذلك بالمقارنة بكل من مرضى القلب ومرضى الضغط (kothari & Agrawal,1998).

وتتفق دراسة "هو" Ho وآخرين(١٩٩٥) مع نتائج الدراسة السابقة، حيث وجدت أن مرضى الأورام السرطانية (ن=٣٠) يكونوا أكثر قلقاً من الموت، وذلك بالمقارنة بالأسوياء (Ho & Shiu,1995).

وأضافت دراسة "سينها" و "نيجان ("Sinha & Nigan,1993) من خلال عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها ١٢٥ مريضاً، تتراوح أعمارهم من٣٠ إلى ٤٥ عاماً، أن المشقة الانفعالية المرتفعة لدى مرضى الأورام السرطانية تعد منبئاً فعالاً بارتفاع قلق الموت لديهم.

كما وجد أن من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى مرضى أورام الثدي السرطانية(ن = ٢٢٣) قلق الموت، خاصة بعد عام واحد من الجراحة Sandra &) .(Maryclaire,1999

وسجل "روس" Roos(٢٠٠٣) ارتفاع ملحوظ للخوف من السرطان، والقلق من الموت لدى مرضى أورام البروستاتة، وانخفاض واضح في جودة الحياة لديهم بسبب شعورهم بعدم الجاذبية الجنسية (Roos,2003).

هذا ولم تكتف الدراسات برصد أهم الاضطرابات النفسية الشائعة لدى مرضى الأورام السرطانية، بل امتدت لبيان إلى أي مدى تؤثر هذه الاضطرابات على بقاء المرضى على قيد الحياة، فوجدت دراسة "واسطون" Waston وآخرين (١٩٩٩). من خلال دراستهم التتبعية لمرضى أورام الثدي (ن=٥٧٨) . أن السيدات الأكثر استهدافاً للانتكاس أوللموت خلال خمس سنوات بعد التشخيص هن ذوي الدرجات المرتفعة على مقاييس العجز المكتسب واليأس، كما وجد أن الاكتئاب الشديد يقلل فرصتهن في البقاء Waston, Haviland, Greer, Davidson & Bllis,1999)).

يتضح من النتائج السابقة مدى معاناة المرضى من المشكلات النفسية الناجمة عن الإصابة بالأورام السرطانية، بالإضافة إلي المعاناة من شدة المرض ذاته، مما يوحي أن للمرض المزمن آثاراً قد تفوق في شدتها وطأة المرض ذاته.

التعقيب:

يترتب على التشخيص بمرض الأورام السرطانية عديد من مصادر المشقة، منها مصادر طبية تشمل أعراض المرض والأعراض الجانبية للعلاج، ومصادر اجتماعية تشمل علاقة المريض بأفراد أسرته وزملائه في العمل، ومصادر اقتصادية خاصة بتكاليف العلاج والانتقال، وغيرهم من مصادر المشقة التي تفوق قدرة المريض على التعامل معها. وتختلف مصادر المشقة من مرض لآخر، فهناك بعض مصادر المشقة العامة المترتبة على الإصابة بمرض الأورام السرطانية بوجه عام، ويختص بعضها الآخر بكل مرض على حدة، كما تتنوع مصادر المشقة من مريض لآخر، حسب نوع مرضه، ومرحلته، ونمط العلاج الذي يخضع له المريض، لذا نتوقع وجود تفاوت بين المرضى في هذه المصادر.

بالانتهاء من عرض الدراسات التي تناولت فحص المشكلات النفسية لدى مرض الأورام السرطانية بشكل عام، نكون قد انتهينا من عرض الجزء الأول من الدراسات السابقة، والتي ركزت علي الدراسات التي تناولت مفهوم مرض الأورام السرطانية وما ينجم عنه من اضطرابات نفسية وجسمية.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بمفهوم استراتيجيات المواجهة ودوره في خفض المشقة النفسية لدي مرضي الأورام السرطانية

يعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم المركزية التي اهتمت بها الدراسات النفسية في مجال الأمراض المزمنة، لتحديد أبعاده الأساسية في مواقف المشقة، ولإبراز النواتج النفسية والصحية المترتبة عليه. لهذا تناول الباحثون مفهوم المواجهة في دراسات عديدة، ويمكن عرض الدراسات الخاصة به وفق إطار تصنيفي يتكون من ثلاثة محاور رئيسة هي:

١- دراسات تناولت أبعاد مفهوم المواجهة.

٢- **دراسات تناولت تأثير كل بعد من أبعاد مفهوم المواجهة على الصحة النفسية.**

٣- دراسات تناولت كيفية تأثير استراتيجيات المواجهة علي الصحة الجسمية.

فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت أبعاد مفهوم المواجهة: فتتصدرها جهود "لوفلين"Laughlin(١٩٧٣)، والذي استطاع أن يرصد تسعاً وأربعين (٤٩) استراتيجية كآليات يستخدمها المرضى للمواجهة مع مرضهم، هذه الاستراتيجيات تم توزيعها وفقاً لخمسة عوامل، وهي: **العامل الأول وهو إنكار الواقع**[١] ويستخدمه الفرد لحمايته من الواقع غير السار من خلال رفضه لهذه الحقيقة، أما **العامل الثاني وهو الوهم أوالخيال**[٢] وفيه يستخدم الفرد الصور الخيالية ليحمي نفسه من الغضب المسيطر عليه، أما **العامل الثالث وهو العزل الذهني**[٣] وذلك باستخدام الوسائل التي تبعد الفرد عن التفكير في الموقف مما يجعله يظهر بشكل غير مرتبط بالموقف، أما **العامل الرابع وهو الإبطال**[٤] وهنا يحاول الفرد خيالياً صرف أوإبعاد هذه المواقف غير المرغوبة، أما **العامل الخامس وهو التعويض الزائد**[٥] وهنا يسعى الفرد للتغلب علي مناطق ضعفه من خلال تقوية مناطق أخرى((Through: Weiten,2000,p.80)).

واعتمدت دراسة "فيلتون" Felton وآخرين(١٩٨٧) في قياسها للمواجهة لدى عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها ١٥١ مريضاً، وتتراوح أعمارهم من ٤١ حتى ٨٩ عاماً، على استخبار يتكون من ستة مقاييس فرعية تعكس أبعاد المواجهة، وهي طلب المعلومات، وإعادة الإدراك المعرفي للمرض، والإفصاح الانفعالي، والتفكير الأمنياتي، وتقليص التهديد، ولوم الذات (Felton & Revenson,1987).

وجاءت دراسة "سميث"Smith وآخرون(١٩٩٦) بنتائج مشابهة للنتائج السابقة، حيث وجد أن مرضى الأورام السرطانية أكثر استخداماً للاستراتيجيات إعادة الإدراك المعرفي، وطلب المساعدة من الآخرين، والتنفيس الانفعالي (Smith & Yarandi,1996).

(1) Denial of Reality.
(2) Fantasy.
(3) Intellectualization Isolation.
(4) Undoing.
(5) Overcompensation.

أما دراسة "بنينكس" Penninx وآخرين(١٩٩٨) التي جمعت بياناتها من مركز أمستردام للمسنين من ذوي الأمراض المزمنة (كالقلب، وأورام الرئة السرطانية، والتهاب المفاصل)، قوامها ١٢٦ مريضاً، وتراوحت أعمارهم من ٥٥ حتى ٨٥ عاماً، فأسفرت نتائجها عن ثلاثة عوامل للمواجهة هي: **عامل السيادة**[١] وهو يعكس مقدار تحكم وسيطرة المسن في موقف المشقة، **وعامل الكفاءة الذاتية**[٢] والذي يعبر عن حكم الفرد وتصرفه في المواقف، ويحتوى هذا العامل على ثلاثة مقاييس فرعية هي: الرضا الداخلي عن السلوك، والإصرار على مواجهة التشاؤم، والرضا عن الجهد المبذول، أما العامل الثالث فهو **التقدير الذاتي**[٣] والمعبر عن رضا الفرد عن ذاته((Penninx, Van Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman & Van Eijk,1998).

كما أجرى "إندلر" وآخرون(١٩٩٨) دراسة على عينة من زوار مركز أونتاريو العلمي يبلغ قوامها خمسمائة وثمانية وتسعين راشداً . وتتراوح أعمارهم من ٢١ حتى ٤٨ عاماً، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة العاملية عن أن مفهوم استراتيجيات المواجهة يتكون من أربعة عوامل وهي:-

- **العامل الأول**: وهو عامل تسكيني[٤] ، تشبع عليه جميع البنود التي تمثل استجابات متعددة تساعد الذات علي التخفيف والتلطيف من وطأة موقف المشقة،
- **العامل الثاني**: وهو عامل وسيلي[٥] ، وتشبعت عليه بنود تمثل الوسائل المتعددة لمواجهة موقف المشقة مثل المعلومات الطبية أوالنصيحة الطبية التي يستعين بها الفرد لمواجهة هذا المرض،
- **العامل الثالث**: وهو عامل التشتيت[٦] ، والذي تشبعت عليه بنود تمثل محاولات الفرد لتجنب التفكير في هذا الموقف

(1) Mastery.
(2) Self-efficacy.
(3) Self-esteem.
(4) Palliative.
(5) Instrumental.
(6) Distraction.

- **العامل الرابع:** وهو عامل الاستغراق الوجداني[1] والذي تشبعت عليه البنود التي تمثل الأرجاع الانفعالية نحو الموقف.

كما امتدت الدراسة إلى تطبيق المقياس السابق على عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها ٥٠ مريضاً و١١٠ مريضة، وجاءت النتائج لتعكس عدم وجود اختلاف بين أبعاد المواجهة باختلاف كل من الجنس والمرض على حدة (Endler, Summerfeldt & Parker, 1998).

وتعد دراسة "تيلور" Taylorوآخرين(١٩٩٢) كذلك من الدراسات التي اهتمت بأبعاد مفهوم استراتيجيات المواجهة، حيث أجريت على عينة من مرضى الأمراض المزمنة، وتوصلت إلي أن مفهوم استراتيجيات المواجهة يتكون من خمسة عوامل هي:-

- **العامل الأول** وهو المساندة الاجتماعية والحل المباشر للمشكلة[2] حيث تشبعت عليه بنود تمثل المهات التي تحتاج إلي مساندة اجتماعية والتي تحتاج أيضا إلي الحل المباشر للمشكلة.
- **العامل الثاني** وهو المباعدة أوالعزل[3] وتشبعت عليه البنود التي تمثل الجهد المبذول لعزل موقف المشقة النفسية أوالبعد عنه.
- **العامل الثالث** فُسمى بالتركيز الإيجابي[4] وتشبعت عليه البنود التي تمثل الأساليب المبذولة لمحاولة التغلب علي المشكلة من خلال التنمية أوالتطوير الذاتي لمناطق الضعف.
- **العامل الرابع** وهو الهروب/ التجنب المعرفي[5] فقد تشبعت عليه البنود التي تمثل أساليب من قبيل التفكير بالأمنيات.
- **العامل الخامس** وهو الهروب/ التجنب السلوكي[1] وتشبعت عليه البنود التي تمثل الجهود المبذولة لتجنب الموقف من خلال سلوكات متنوعة من قبيل

(1) Emotional Preoccupation.
(2) Social Support /Direct Problem.
(3) Distancing.
(4) Positive Focus.
(5) Cognitive Escape / Avoidance.

الأكل والشرب والتدخين وتعاطي المخدرات وتعاطي الأدوية (Taylor et al.,1993,p.518).

وتوصلت دراسة "إبنج – جورديان" وآخرين(١٩٩٩) . التي أجريت على ثمانين سيدة مصابات بالأورام الثدي، ومتوسط أعمارهن ٥٤.٨، والانحراف المعياري ١٠.٣ . إلى وجود بعدين للمواجهة هما بعد التدبر في مقابل عدم التدبر[2] ، وبعد التوجه نحو المشكلة في مقابل التوجه نحو الانفعالات[3] ، ويشتمل بعد التدبر الموجه نحو المشكلة على استراتيجيات فرعية هي حل المشكلة، وإعادة إدراك المشكلة، وطلب المساعدة أوالمساندة الاجتماعية، بينما يحتوي بعد التدبر الموجه للانفعالات على تجنب المشكلة، والتفكير الأمنياتي، والانسحاب الاجتماعي. وأضافت نتائج الدراسة أن استراتيجيات المواجهة تختلف باختلاف مرحلة المرض، بمعنى أنها وجدت أن المريضات تملن للمواجهة الموجه نحو المشكلة في المراحل المبكرة للمرض، ولكن مع تقدم المرض والوصول إلى المراحل المتأخرة يصبح المواجهة موجهاً نحو الانفعالات من قبل المريضات(Epping – Jordan et al.,1999)).

وجاءت نتائج دراسة "ميرلوزى" Merluzzi وآخرين(١٩٩٧) لتسجل أبعاداً مشابهة للدراسات السابقة، وذلك من خلال عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها ٥٠٢ مريضاً، وتراوحت أعمارهم من ٢١ حتى٩٠ عاماً، وحصرت أبعاد المواجهة في ستة عوامل هي: استمرار المثابرة والاستقلال[4] ، والمواجهة مع الآثار الجانبية للعلاج[5] ، وتقبل الأورام السرطانية واستمرار الاتجاه الإيجابي[6] ، وطلب المعلومات الطبية[7] ، والتأثر الديني[8] ، وطلب المساندة[1] (Merluzzi & Sanchez,1997).

(1) Behavior Escape / Avoidance.
(2) Engagement & Disengagement.
(3) Focusing on the problem & Focusing on Emotion.
(4) Maintenance of Activity and Independence.
(5) Coping with Treatment – Related Side Effects.
(6) Accepting Cancer / Maintaining Positive Attitude.
(7) Seeking and Understanding Medical Information.
(8) Affective Regulation.

وتوصلت دراسة "دونكل – شيتر" Dunkel-Schetter وآخرين(١٩٩٢)، خلال جمع بيانات من عينة لمرضى الأورام السرطانية قوامها ٦٠٣ مريضاً، وتتراوح أعمارهم من ٢١حتى ٨٨ عاماً، إلى خمسة عوامل مشابهة للنتائج السابقة، وهم طلب المساندة، والتركيز الإيجابي، والتشتيت، والتجنب / الهروب المعرفي، والتجنب / الهروب السلوكي((Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falhe,1992.

وفي دراسة "هيبنير" Heppner وآخرين(١٩٩١) وجد أن المرضى المزارعين أكثر استخداماً للاستراتيجيات التدين، والتحدث مع الآخرين، والتجنب للمواجهة مع المشكلات الصحية((Heppner, Cook, Strozier & Heppner,1991.

واستخلصت دراسة "نهاد محمد"Nehad Mohamed عدد من الطرق المواجهة الشائعة بين مرضى أورام المثانة السرطانية(ن=١٠٠)، والتي تمثلت في الإسقاط، والانسحاب وعدم المواجهة، والتسليم بالقدر، واستخدام أحلام اليقظة كطرق للمواجهة الانفعالي، كما أضافت أن مرضى أورام المثانة أكثر استخداماً للطرق المواجهة المرتكزة على المشكلة مثل التوجه للطبيب، وطلب المعلومات ((Mohamed,1998,p.140.

هذا عن أهم الدراسات التي أبرزت أبعاد مفهوم استراتيجيات المواجهة، ولكن امتد اهتمام الباحثين المعاصرين إلى تحديد أي من استراتيجيات المواجهة يعد مفيداً لمواجهة المشقة، وبالتالي اهتمت الدراسات المعاصرة بالكشف عن تأثير كل بعد من أبعاد المفهوم من حيث قدرته على تحقيق تعايش نفسي أفضل، ومن ثم اتجهت الدراسات في معظمها للإجابة عن السؤال التالي: **"أي استراتيجيات مواجهة المشقة يحقق تعايشاً نفسياً وايهما يعجز عن ذلك؟"**

وللإجابة عن هذا التساؤل سنقوم خلال عرضنا للدراسات برصد كل استراتيجية على حدة لبيان أثرها في تحقيق المواجهة لدى مرضى الأورام السرطانية.

(1) Seeking Support.

١- استراتيجية حل المشكلة

وجدت دراسة "دونكل – شيتر" وآخرين(١٩٩٢) أنه لا يوجد ارتباط بين مرضى الأورام السرطانية واستراتيجية حل المشكلة، بمعني أن مرضى الأورام السرطانية أقل استخداماً لهذه الاستراتيجية بالمقارنة بالاستراتيجيات الأخرى(Dunkel – Schetter et al.,1992).

بينما توصل "كاتون" Katon(١٩٩٠) أن استراتيجية حل المشكلة تعد منبئاً بانخفاض الاكتئاب، خاصة عندما تدرك المشقة كحدث يمكن التحكم فيه(Valentiner, Holahan & Moos,1994).

٢- استراتيجية طلب المعلومات

أشارت دراسة "موليم" Molem(١٩٩٩) إلى أن سلوك طلب المعلومات كاستراتيجية للمواجهة لدى مرضى الأورام السرطانية قد يسبب صعوبة في التوافق، ويزيد من حالة القلق لديهم، وذلك في حالة إحساس المرضى بأن المعلومات غير كافية، أوتقدم بشكل غير مفهوم(Molem,1999).

كما وجد "جوتي" Gotay(١٩٨٤) أن استراتيجية طلب المعلومات أكثر استخداماً لدى مرضى أورام الرحم والثدي(ن = ٧٣) ذوات المراحل الأولى من المرض، بالمقارنة بالمريضات ذوات المراحل المتأخرة(Gotay,1984).

وأضاف "جونسون" Johnson(١٩٩٦) أن سلوك طلب المعلومات كاستراتيجية للمواجهة يؤدي إلى التحسن الإيجابي للمزاج لدى مرضى أورام البروستاتة(ن = ٦٢)، خاصة في فترة تلقيهم للعلاج الإشعاعي Johnson & Johnson, ,1996)).

كما وجد "هولاند" Holland وآخرون(٢٠٠٣) أن المواجهة بطلب المعلومات له دور فعال في تحقيق التوافق النفسي لدى مرضى أورام الثدي (Holland & Holahan,2003).

٣- استراتيجية المواجهة

واستخلصت دراسة "مانّي" Manne وآخرين(١٩٩٣) أن مريضات أورام الثدي السرطانية(ن = ٤٣)، اللاتي يخضعن للعلاج الكيميائي، يصبن بآثار نفسية سلبية في حالة اعتمادهن على المواجهة كاستراتيجية للمواجهة مع المرض (Manne et al.,1994).

وتناقضت دراسة "فيلتون" Felton وآخرين مع نتائج الدراسة السابقة، حيث توصلت دراستهم، التي أجريت على عينة من مرضى الأمراض المزمنة، قوامها ١٥١ مريضاً، إلى أن المواجهة كاستراتيجية للمواجهة ترتبط بانخفاض التأثير السلبي للأمراض المزمنة(Felton & Revenson, 1984)).

٤- استراتيجية إعادة الإدراك الإيجابي

أشار "كارفر" وآخرون(١٩٩٣) إلى أن لاستراتيجية إعادة الإدراك الإيجابي تأثير فعال كمتغير مهم للتنبؤ بانخفاض المشقة لدى عينة(ن = ٥٩) من مريضات أورام الثدي السرطانية بعد إجراء جراحة لهن(Caver et al.,1993)).

وجاء "فيلتون" وآخرون(١٩٨٤) بنواتج مشابهة لدراسة "كارفر"، حيث وجدوا أن إعادة الإدراك الإيجابي - كاستراتيجية للمواجهة - يرتبط بمشاعر إيجابية لدى مرضى السكر والضغط(Through: Taylor et al.,1993, p.365)).

واستخلصت دراسة "مانى" وآخرين(١٩٩٣) النتائج نفسها، حيث تبين أن استراتيجية إعادة الإدراك الإيجابي تحقق تأثيراً نفسياً إيجابياً لدى مريضات الأورام السرطانية الثدي اللاتي يخضعن للعلاج الكيميائي Manne et al.,1994)).

٥- استراتيجية الإفصاح

أشارت دراسة "ستانتون" Stanton وآخرين(٢٠٠٠) إلى أن الإفصاح عن الانفعالات التي يعانيها مرضى الأورام السرطانية(ن = ٩٢) تؤدي إلى تحسن التوافق النفسي لديهم وتخفض المشقة خلال الثلاثة الأشهر التالية للجراحة بالمقارنة بمجموعة المرضى الأقل إفصاحاً(Stanton et al.,2000)).

وأكدت دراسة "هالستيد" Halstead وآخرين(١٩٩٤) أن حديث مرضى الأورام السرطانية مع الآخرين للتعبير عما بداخلهم(ن = ٥٩) له أثر فعال في خفض المشقة لديهم، كما وجدت الدراسة أن الإفصاح - كاستراتيجية للمواجهة - أكثر استخداماً لدى المرضى صغار السن بالمقارنة بالمرضى كبار السن (Halstead & Fernsler,1994).

وسجلت دراسة "شيلف" Chelf وآخرين(٢٠٠٠) أن ٨٥٪ من مرضى الأورام السرطانية(ن = ١٣٢) يرون أن مجرد التحدث عن انفعالاتهم، وسماعهم لخبرة الآخرين في المواجهة مع مرض الأورام السرطانية، يعطيهم التفاؤل والأمل في استمرار حياتهم((Chelf, Deshler, Hillman & Durazo – Arvizu,2000)).

ووجد "شيرمان"Sherman وآخرون(٢٠٠١) أن تدريب مرضى الأورام السرطانية على الإفصاح كاستراتيجية للمواجهة يزيد من تقبلهم للمرض، ويحسن من توافقهم مع الأسرة((Sherman & Simonton,2001)).

٦- استراتيجية التدين

وجاءت دراسة كل من "تيكس" Tix و"فرازير" Frazier(١٩٩٨)، التي أجريت على عينة من مرضى الأمراض المزمنة(ن=٢٣٩)، وكان متوسط أعمارهم ٤٦ عاماً، لتؤكد دور المواجهة الديني في خفض المشقة وتحقيق التوافق النفسي والرضا الذاتي عن الحياة، وأضافت الدراسة أن المواجهة الديني يؤثر إيجابياً من خلال ثلاث طرق، هي: أن المعتقدات الدينية تُيسّر إعادة الإدراك المعرفي لمعنى الحدث، كما تعطى للفرد إحساساً بالتحكم في مصدر المشقة، وأخيراً فأن المواجهة الديني يتم من خلال المساندة الاجتماعية المقدمة للمريض من المجتمع الديني. وأضافت الدراسة أن تأثير المواجهة الديني الفعال يتم بغض النظر عن طبيعة الديانة، وما تختص بها من سلوكات تميزها عن غيرها من الديانات الأخرى((Tix & Frazier,1998)).

أما دراسة "بارجمانت" Pargament وآخرين(١٩٩٠) فوجدت أن المواجهة الديني يحقق توافقاً نفسياً بدرجة أكبر بالمقارنة باستراتيجيات المواجهة الأخرى (مثل

استراتيجية حل المشكلة، واستراتيجية إعادة البناء المعرفي) وبالمساندة الاجتماعية المتوفرة للمريض، كما تبين أن مرضى الأورام السرطانية المعتمدون على المواجهة لديني يكونون أقل توتراً، وأفضل تقديراً لذاتهم، وأكثر شعوراً بالسعادة(Pargament et al.,1990).

وأيدت دراسة "براون" Brown(١٩٩٨) نتائج دراسة "تيكس"، حيث وجدت أن المواجهة الديني لدى مريضات أورام الثدي السرطانية(ن = ٤٥) يحقق لهن درجة من الراحة النفسية ويخفض القلق والمشقة(Brown,1998).

٧- استراتيجية التجنب

أجرى "بودن" Boden وآخرون(١٩٩٧) دراسة تجريبية على عينة من مرضى الأورام السرطانية، قوامها ٦٠ مريضاً، حيث تم تدريبهم على تجنب التفكير في الأحداث المثيرة للمشقة من خلال تذكرهم للذكريات السارة السابقة في ذاكرتهم، وجاءت النتائج لتوضح أن المجموعة التجريبية كانت أكثر قدرة على خفض المشقة النفسية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة(Boden & Baumeister,1997).

وتوصلت دراسة "ليرمان" Lerman وآخرين(١٩٩٠) إلى وجود ارتباط بين المواجهة التجنبي وانخفاض كل من القلق والاكتئاب لدى مرضى الأورام السرطانية(ن = ٤٨) الذين يخضعون للعلاج الكيميائي، سواء أثناء العلاج أم بعده (Lerman et al.,1990).

بينما توصلت دراسة "لايفير" Lauver وآخرين(١٩٩٥) إلى وجود ارتباط بين انخفاض المشقة النفسية لدى مريضات أورام الثدي(ن = ١٣٥) و قلة استخدام التجنب المعرفي كاستراتيجية للمواجهة(Lauver & Tak,1995).

أما "كارفر" وآخرون(١٩٩٣) فتوصلوا إلى أن التجنب - كاستراتيجية للمواجهة - يرتبط بالتوافق السيئ لدى مريضات أورام الثدي السرطانية (Carver et al.,1993).

وأكدت دراسة "دونكل – شيتر" وآخرون(١٩٩٢) أن التجنب يسبب ارتفاعاً في المشقة الانفعالية لدى مرضى الأورام السرطانية Dunkel-Schetter et al., 1992)).

٨- استراتيجية الإنكار

وجدت بعض الدراسات أن الإنكار يرتبط بدرجة من المواجهة السيئ(Taylor,1993,p.519)). وأكد "كارفر" هذه النتيجة من خلال دراسته، التي وجد فيها أن الإنكار يرتبط بالتوافق السلبي لدى مريضات أورام الثدي Carver et) .(al.,1993

وتوصلت دراسة "كلاسين" Classen وآخرون(١٩٩٦) إلى نتائج مشابهة للدراسة السابقة، حيث لم تجد ارتباط بين اضطراب المزاج والإنكار كاستراتيجية للمواجهة لدى مريضات أورام الثدي(ن =١٠١) Classen, Koopman, Angell &) .(Spiegel,1996

أما دراسة "ليفين"Levine وآخرين(١٩٩٨) فجاءت بنتيجة متناقضة مع النتائج السابقة، حيث وجدت أن الإنكار الزائد يسبب درجة أفضل من المواجهة لدى بعض المرضى المزمنين، وأضافت الدراسة أن الإنكار إما أن يكون له أثر سلبي أوإيجابي، وهذا يتوقف على طبيعة المرض المزمن Thtough: Taylor , 1993,p.520)).

وهذا ما أكدته دراسة "واسطون" Waston وآخرين(١٩٨٤)، حيث وجدت أن الإنكار كاستراتيجية له قدرة فعالة في تقليل المشقة النفسية لدى سرطان الثدى(ن = ٢٤)، كما يؤدي إلى تحسن المزاج خاصة في مرحلة التشخيص Waston, Blake &) .(Shrapnel,1984

٩- استراتيجية التقبل

وجد "كارفر" وآخرون(١٩٩٣) أن التقبل يعد منبئاً بانخفاض المشقة لدى مريضات أورام الثدي بعد إجراء الجراحة لهن(Carver et al.,1993)).

وتوصل "كلاسين" وآخرون(١٩٩٦) إلى أن التقبل كاستراتيجية للمواجهة يرتبط مع التفاؤل بوجه عام لدى مرضى الأورام السرطانية(Classen et al.,1996)).

أما "تيلور" فاستخلص أن التقبل السلبي يرتبط بالتوافق السيئ لدى مرضى الأورام السرطانية(Taylor,1993,p.520)).

وجاءت النتائج السابقة متفقة مع دراسة "إبنج – جورديان" وآخرين(١٩٩٩)، التي وجدت أن التقبل يخفض من المشقة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية (Epping – Jordan et al.,1999)).

١٠- استراتيجية الفكاهة

سجل " كارفر " وآخرون(١٩٩٣) أن استخدام الفكاهة . كاستراتيجية للمواجهة . من قبل مرضى الأورام السرطانية يؤدي إلى خفض المشقة النفسية لديهم (Carver et al.,1993)).

كما وجد "لوريان" Lorraine وآخرون(٢٠٠٠) أن البحث عن الفكاهة يقلل القلق والاكتئاب لدى مريضات أورام الثدي(ن = ١٢)، اللاتي يخضعن للعلاج الكيميائي لمدة ثمانية أسابيع، كما يساعدهن على استمرار حياتهن بشكل أفضل (Lorraine, Bob, Michelle & Susan,2000)).

١١- استراتيجية الكفاءة الذاتية

توصلت دراسة "بينيكس" وآخرين(١٩٩٨) إلى وجود ارتباط عكسي بين الكفاية الذاتية كاستراتيجية للمواجهة لدي مرضى الأمراض المزمنة وبين الأعراض الاكتئابية(Pennix et al.,1998)).

وكما وجد "تيلش" و"تيلش" Telch & Telch(١٩٨٦) . من خلال تدريب عينة من مرضى الأورام السرطانية على مهارات المواجهة . أن المجموعة التجريبية أصبحت أكثر كفاءة ذاتياً بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، كما وجد ارتباطاً جوهرياً بين

الكفاءة الذاتية وجودة الحياة، بالإضافة إلى تحسن المزاج الوجداني لدى مرضى الأورام السرطانيةTelch & Telch,1986)).

كان هذا عرضاً مختصراً للدراسات التي اهتمت بتأثير كل بعد من أبعاد مفهوم استراتيجيات المواجهة في تحقيق نوع ما من المواجهة النفسي الأفضل. **أما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت كيفية تأثير استراتيجيات المواجهة علي الصحة الجسمية، فسنعرض لها على النحو التالي:**

أجرى "سميث" Smith وآخرون(٢٠٠٠) دراسة استهدفت الكشف عن تأثير استراتيجيات المواجهة الإيجابية علي اثنين من المؤشرات الفسيولوجية لاستجابة الأوعية القلبية هما ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، وأشارت نتائج الدراسة إلي أن المرضى نجحوا في تقليل استجابة الأوعية القلبية باستخدام استراتيجيات المواجهة الإيجابية في مواجهة المثيرات الاجتماعية(Smith, Ruiz & Uchino, 2000)).

كما توصلت دراسة "كوهن" Cohen وآخرين(١٩٧٣) إلي أن مرضى الجراحات الطبية المتشابهة يختلفون فيما بينهم في معدل سرعة الشفاء، بحسب أنواع استراتيجيات المواجهة التي يتبناها كل منهم، فقد أجريت الدراسة علي ٦١مريضا تتراوح أعمارهم من ٢١ حتى٦٠ سنة، وانتهت نتائجها إلى أن مجموعة المرضى الذين يعتمدون علي التجنب كاستراتيجية للمواجهة كانوا أقل بقاءً في المستشفى وأقل طلباً للعلاجات الطبية بالمقارنة بالمجموعتين اللتين اعتمدتا علي الوعي وسلوكات المواجهةThrough: Sleptoe & wardle,1994,p.348)).

بينما أجرى "جرير" Greer وآخرون دراسة على مريضات أورام الثدي بعد مرور ثلاثة أشهر من عملية استئصال الثدي، وقسمت العينة إلي أربع مجموعات حسب استراتيجية المواجهة التي اعتمدت عليها المريضات، فوجد الباحثون أن (١٧٪) منهن اعتمدن علي الإنكار، بينما اعتمدت (١٧٪) منهن علي التفاؤل، واعتمدت (٥٦٪) على اللامبالاة، واعتمدت (٩٪)علي اليأس، وبعد فترة متابعة استمرت لمدة خمس سنوات، تبين وفاة (١٠٪) من مجموعة الإنكار والتفاؤل، و(٣١٪) من مجموعة عدم

المبالاة، و(٨٠٪) من مجموعة اليأس، مما يوحي بتأثير نوع الاستراتيجية على المستوى الصحي للمريضات، الأمر الذي أدى إلى زيادة نسبة وفاة بعضهن دون الأخريات(Ibid,pp.343-344)).

وتوصلت دراسة "شوارتز" Schwartz(١٩٩٩) إلى أن استجابات المواجهة المتبناة من قبل المرضى تؤدي إلى تحسن الحالة الصحية والعصبية(Schwartz, 1999)).

وانتهت دراسة "ليكي" Leake وآخرين(١٩٩٩) إلى أن استخدام مرضى الأمراض المزمنة(ن =٤٢) التقييم الذاتي كاستراتيجية للمواجهة يعمل على خفض الأعراض الجسمية المرتبطة بالمرض(Leake, Friend & Wadhwa,1999)).

ووجدت دراسة "مارتللي" Martelli وآخرين(١٩٨٧) أن مرضى جراحة أورام الغدد اللعابية المستخدمين لأساليب المواجهة المرتكزة على المشكلة كانوا أقل شعوراً بالألم الذاتي، بالمقارنة بالمرضى الذين اعتمدوا على أساليب المواجهة المرتكزة على الانفعالات(Martelli, Auerbach, Alexander & Mercuri, 1987)).

وأشار "ستانتون" إلى أن مريضات أورام الثدي الأكثر إفصاحاً - كاستراتيجية للمواجهة - أكثر تحسناً صحياً، وأقل تردداً على العيادات الطبية لقلة الشكاوي العضوية المرتبطة بالأورام السرطانية(Stanton,2000)).

كما وجدت دراسة "ليرمان" وآخرين أن أسلوب المواجهة التجنبي له قدرة على خفض الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، حيث يؤدي إلى خفض القيء والغثيان لدى مرضى الأورام السرطانية سواء أثناء العلاج أم بعده (Lerman et al., 1990)).

وتعد دراسة "بوريش" Burish وآخرين(١٩٩١) من الدراسات التجريبية المهمة في إبراز دور استراتيجيات المواجهة في التخفيف من وطأة مرض الأورام السرطانية، حيث قسمت عينة من مرضى الأورام السرطانية(ن = ٦٠) إلى ثلاث مجموعات، **المجموعة الأولى** تدربت على أسلوب الاسترخاء، **والمجموعة الثانية** على برنامج للمواجهة مع المرض، أما **المجموعة الضابطة**، فقد تلقت العلاج الكيميائي فقط

بشكل منتظم، وجاءت النتائج لتوضح أن للمواجهة دوراً بارزاً في التخفيف من حدة الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي بالمقارنة بمجموعة الاسترخاء والمجموعة الضابطة(Burish, Snyder & Jenkins, 1991)).

وتوصلت دراسة "فاللير" Faller وآخرين(٢٠٠٢) التتبعية لعينة(ن=١٠٣) من مرضى أورام الرئة إلى أن أسلوب المواجهة الفعال يعد متغير منبئاً لبقاء المرضى على قيد الحياة(Faller & Boobruck,2002)).

وهكذا يتضح أن تأثير استراتيجيات المواجهة لا يقتصر على تغيير الحالة النفسية للمرضى إيجابياً فقط، بل يمتد ليشمل التأثير الإيجابي في حالتهم الجسمية والصحية، ولكن السؤال الذي يثار الآن هو **كيف تؤثر هذه الاستراتيجيات علي الصحة النفسية والجسمية؟**.

حاولت الدراسات الإجابة عن هذا السؤال، من خلال طرحها ثلاثة فروض رئيسة تتناول تأثير استراتيجيات المواجهة علي الصحة الجسمية وهي:-

- **الفرض الأول**: تؤثر استراتيجيات المواجهة على معدل أرجاع المشقة وشدتها ونمطها ومدتها.
- **الفرض الثاني**: قد تؤثر استراتيجيات المواجهة علي الصحة تأثيراً سلبياً وتؤدي إلي زيادة معدل الوفاة والأمراض، وذلك عندما نتعاطى مواداً مضرة مثل الكحول أوالمسكرات أوعند القيام بنشاطات ربما تزيد من خطورتها علي الحياة.
- **الفرض الثالث**: تؤثر الاستراتيجيات المرتكزة علي الانفعالات علي الصحة وتصيب الفرد بكثير من الأمراض الجسمية والنفسية (Corsini, 1994,v.1,p.328).

التعقيب:

فيما يتعلق بنتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة أبعاد مفهوم استراتيجيات المواجهة، نجد أنه علي الرغم من أن أغلبها أكد تعدد العوامل المكونة لمفهوم

استراتيجيات المواجهة، فإنها اختلفت في كم هذه الأبعاد ومضامينها. وقد يرجع تعدد هذه الأبعاد ليس فقط لاختلاف العينات المرضية، وبل بسبب اختلاف مرحلة المرض، والعلاج الخاضع له المريض، وما يحتويه كل مرض من أعراض وطبيعة خاصة تميزه عن غيره من الأمراض.

وفيما يتعلق بتأثير كل بعد من أبعاد مفهوم المواجهة، نجد أن هناك شبه اتفاق حول التأثير الإيجابي لبعض الاستراتيجيات كالتدين، وإعادة الإدراك الإيجابي، والإفصاح، والتقبل، في حين أن هناك بعض الاستراتيجيات لم يثبت بعد مدى فعاليتها مثل استراتيجيات الإنكار، والتجنب، وطلب المعلومات، وحل المشكلة.

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت مدى تأثير استراتيجيات المواجهة علي الصحة النفسية أم الجسمية، فقد أجمعت أغلب الدراسات علي أن استراتيجيات المواجهة تنطوي على تأثير جوهري.

وننتقل الآن إلى عرض باقي الدراسات السابقة التي تندرج تحت الفئة الثالثة والأخيرة، والتي تختص بإبراز دور مفهوم المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات الجسمية والنفسية.

ثالثاً: الدراسات التي اهتمت بتناول دور مفهوم المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات

تحاول البحوث التي تهتم بدراسة مفهوم المساندة الاجتماعية في سياق الأمراض المزمنة الكشف عن التأثير الذي تمارسه المساندة الاجتماعية في التعديل أوالتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الناجمة عن المعاناة من الإصابة بالمرض، وقد تنوعت تلك الدراسات من حيث تعاملها مع أنواع متعددة من الأمراض المزمنة(مثل مرض الأورام السرطانية، ومرض القلب والأوعية الدموية، ومرض السكر، ومرض الضغط)، كذلك تنوعت من حيث المتغيرات الديموجرافية، كتنوع الفئات العمرية، والجنس، والطبقة الاجتماعية، ومستوى التعليم. وأدى تنوع

الدراسات إلى اختلاف النتائج المترتبة على كل دراسة على حدة، وهو ما سيتضح من خلال العرض التالي للدراسات التي تناولت أثر المساندة الاجتماعية في مجال الأمراض المزمنة.

تعد دراسة "بينيكس" وآخرين(١٩٩٨) من أبرز الدراسات في هذا المجال، والتي أجريت علي(٧١٩) مريضاً بالأمراض المزمنة مثل الأورام السرطانية وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكر، وتوصلت إلى أن هناك بعض المتغيرات التي لها تأثير إيجابي في تقليل الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الأمراض المزمنة، ومنها الحالة الاجتماعية للمريض، والعلاقات الاجتماعية الحميمة مع المحيطين بهم(Penninx et al.,1998)).

وجاءت دراسة "لوجتون"Lugton(١٩٩٧) لتؤكد أن المساندة المتاحة لمريضات أورام الثدي تساعدهن على تقبل الآثار السلبية للمرض، كما وجدت أن المساندة غير الرسمية من قبل الأهل والأزواج لها دور فعال في تحقيق المواجهة لدى المريضات بالمقارنة بالمساندة الرسمية من قبل الأطباء والممرضات(Lugton,1997)).

كذلك توصلت دراسة أخرى إلى النتائج نفسها، إلا أنها أضافت نتيجة أخرى مهمة وهي أن الإناث ذوي الأمراض المزمنة كن أكثر تعرضاً للإصابة بالأعراض الاكتئابية من المرضى الذكور، مما يشير إلى أن الجنس كان له تأثير معدل للإصابة بالاكتئاب حتى في ظل توفر المساندة الاجتماعية (Holahan, Moos, Holahan & Brennan,1998).

كما سجل "بلوم" Bloom وآخرون(١٩٨٤) أن المساندة الوجدانية لها تأثير في تقليل استخدام المواجهة التجنبي، وتخفيض المشقة الانفعالية، وتحسين صورة مرضى الأورام السرطانية عن ذواتهم (Bloom & Spiegel,1984). وتحسن كذلك من جودة الحياة لدى مريضات أورام الثدي السرطانية بالمقارنة بالمريضات اللاتي تلقين العلاج الطبي فقط (Marble,1999,p.7 ; Liu, Mears, Capurso, Engerbertson &

Gilicksman,1998). ويعد مفهوم المساندة متغيراً منبئاً بخفض المشقة النفسية (Moyer & Salovey,1999).

ووجد "روبيرتس" Roberts وآخرون(١٩٩٤) أن للمساندة الاجتماعية دور جوهري في تحقيق الصحة النفسية لدى مرضى أورام الرئة(ن= ١٣٥)، وأضافت الدراسة أن المساندة المقدمة من الأزواج تعد من أهم مصادر المساندة بالمقارنة بالمصادر الأخرى كالأقارب والجيران (Roberts & Cox,1994).

وفي دراسة تجريبية للمقارنة بين كفاءة أسلوبين للعلاج، هما أسلوب المساندة وأسلوب العلاج المعرفي، أُجريت الدراسة على عينتين من مرضى الأورام السرطانية(المثانة والبروستاتة) وعينة من الأسوياء، وانتهت نتائجها إلى أن المجموعة التي تلقت مساندة اجتماعية كانت أقل اكتئاباً، وقلقاً، وشكاوي جسمية بالمقارنة بكل من المجموعة التي خضعت للعلاج المعرفي، والمجموعة الضابطة Evans,1995)).

أما دراسة "ويليامسون" Williamson(٢٠٠٠) التي أجريت على عينة (ن=١٩١) من مريضات أورام الثدي، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات حسب مرحلة المرض، وأسفرت عن وجود اختلاف بين المرضى في مصادر المساندة باختلاف مرحلة المرض، كما أكدت الدراسة أن للمساندة الاجتماعية تأثير كبير في تحقيق التوافق والمواجهة مع الأحداث المثيرة للمشقة، وفي استمرار النشاطات الطبيعية للسيدات رغم إصابتهن بمرض أورام الثديWilliamson, 2000)).

وأسفرت دراسة "مانى" Manne وآخرين(٢٠٠٠)، التي أجريت على عينة قوامها(١٩١) من مرضى الأورام السرطانية، متزوجون و خاضعون للعلاج، عن أن المساندة الاجتماعية من الأزواج تساعد على المواجهة مع المرض، كما أن الاستماع للمريض، والعناية به، وإظهار المحبة له، يعد من أهم المتغيرات المساندة التي تعمل على رفع تقدير الذات لدى المرضىManne & Glassman,2000)).

وأجريت دراسة "ميزليزي" وآخرين(١٩٩٧) على عينة قوامها(٥٠٢) مريض بالأورام السرطانية، وجاءت النتائج لتبرز أن المساندة المدركة من قبل المريض ترتبط

جوهرياً بارتفاع الكفاءة الذاتية لدى المرضى، بينما ارتبطت المساندة الفعلية بمستويات منخفضة من الكفاية الذاتية، مما يؤكد ضرورة التركيز على كيف المساندة - أي كما يدركها المريض - وليس كم المساندة - أي المساندة المتاحة بالفعل للمريض(Merluzzi et al.,1997).

كما للمساندة الاجتماعية دور بارز في تخفيف حدة مشاعر القلق المرتبطة بعملية الموت لدى مرضى الأورام السرطانية (Chibnall, Videen, Duckro & Miller,2002).

وجاءت دراسة "سيميستر" Symister وآخرون(٢٠٠٣) لتؤكد دور المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي لدى مرضى الأورام السرطانية، ولكنها أوضحت أن هذا الدور الفعال يحدث مع وجود تقدير ذاتي مرتفع لدى المريض (Symister & Friend,2003).

وقد توصلت دراسات أخرى إلى نتائج متناقضة من النتائج السابقة، حيث تبين وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية والتوافق السيئ، وهذا معناه أن ليس للمساندة تأثير فعال وإيجابي باستمرار، وأكدت ذلك دراسة "بولجر" Bolger وآخرين(١٩٩٦)، التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية من قبل المحيطين بمرضى أورام الثدي(ن = ١٠٢) لم تخفف من حدة المشقة النفسية للمرضى، ولم تقلل من فترة الشفاء الجسمي للمرضى، وبل ساعدت على زيادة حدة المشقة لدى المرضى زيادة شديدة(Bolger, Foster, Vinokur & Ng,1996).

وأدت هذه النتائج المتعارضة إلى وضع فرضين تفسيريين لتوضيح متى تكون المساندة فعالة ومؤثرة بشكل إيجابي، وهما:

- حينما يكون المحيطون بالفرد أكثر وعياً بما يحيط المريض من مصادر للمشقة الشديدة.

- وعندما تطابق المساندة المقدمة من قبل المحيطين بالفرد حاجات الفرد، وبالتالي تقلل من المشكلات المرتبطة بالحدث، والتي بدورها تقلل المشقة(Bolger & Zuckerman,2000)).

وبالتالي بدأت الدراسات تنظر للمساندة بشكل مفصل، لا بشكل كلي، فالدراسات أصبحت تبحث عن نوع أونمط المساندة الذي يعد مناسباً ومرغوباً من قبل مريض الأورام السرطانية. لذا فتركز الأبحاث الراهنة على ما إذا كانت المساندة تقدم من الشخص المناسب أم لا، وما نمط المساندة الذي يحتاجه المريض. وقد جاءت دراسات متتالية للإجابة عن هذا السؤال **"أي من أنماط المساندة يعد مرغوباً من قبل مرضى الأورام السرطانية، ومن هو الشخص المناسب لتقديمها"؟**.

وتعد دراسة "دونكل - سشيتر" Dunckel - Schettre(١٩٨٤) **أولى هذه الدراسات**، التي اهتمت بتوضيح أنماط المساندة المناسبة ومصادرها بالنسبة لعينة (ن =٧٩) من مرضى الأورام السرطانية الدم، وجاءت النتائج لتؤكد أن المساندة الوجدانية تعد من أهم أنماط المساندة التي يحتاجها المريض، ويليها المساندة الأدائية، وأضافت الدراسة أن إدراك أهمية كل من المساندة الوجدانية و الأدائية لا يختلف باختلاف المصدر المقدم لهذه الأنماط، في حين أن المساندة المعلوماتية تعد مناسبة في حالة تقديمها من مصدر متخصص في الرعاية الطبية (Dunkel – Schetter,1984).

كما أجرى "داكوف" Dakof وآخرون(١٩٩٠) دراسة على عينة قوامها(٦٤) مريضاً لتحديد مصادر كل من المساندة الوجدانية والمساندة الأدائية والمساندة المعلوماتية، وتبين أن المرضى في حاجة إلى المساندة الوجدانية من الأسرة والأصدقاء، في حين يفضلون الحصول على المساندة الأدائية من الأسرة فقط، أما المساندة المعلوماتية فهم يرحبون بها عندما تكون مقدمة من الطبيب المعالج أو المختصين بالرعاية الطبية، وهناك بعض المرضى يفضلون الحصول على المساندة المعلوماتية من الأصدقاء خاصة حينما يكون هؤلاء الأصدقاء مرضى بالأورام السرطانية (Dakof & Taylor,1990).

وتوصلت دراسة "الفيري" Alferi وآخرين(٢٠٠١)، والتي أجريت على عينة قوامها(٥١) مريضة بأورام الثدي، إلى النتائج السابقة نفسها، ولكنها أضافت نتيجة مهمة، وهي أن المساندة الوجدانية تعد من أهم أنماط المساندة التي يحتاجها مرضى الأورام السرطانية سواء من الأصدقاء أوالأزواج، أما المساندة الأدائية فتعد أفضل عندما تقدم من الأزواج، وكلاهما يسببان خفضاً في المشقة بعد الجراحة(Alferi, Carver; Antoni, Weiss & Duran,2001). ويخففان من وطأة المشاعر السلبية المرتبطة بقلق الموت لدى المرضى(Bellavia,2002).

وأكدت دراسة "داكوف" Dakof(١٩٨٧) أن شريك الحياة - سواء أكان زوج أم زوجة - يعد من أهم مصادر المساندة لدى مرضى الأورام السرطانية (Dakof, 1987).

ووجدت "تيبي" Tebbi وآخرون(١٩٨٥) في دراستهم أن الأمهات يقدمن(٨٠٪) من المساندة لأبنائهن، الذين يخضعوا للبتر كعلاج لأورام العظام، ثم يليهم الأطباء (٥٩,٣٪)، ثم الأصدقاء (Tebbbi, Stern, Boyle, Mettlin & Mindell,1985).

كذلك جاءت دراسة "جويسى" Joyce(١٩٩٨) التتبعية لعينة(ن =١٢٥) من مرضى الأورام السرطانية ضمن الدراسات المؤكدة لدور أنماط المساندة، ولكن حسب مرحلة العلاج، فوجدت أن المساندة المعلوماتية تعد أكثر فعالية في مرحلة التشخيص، أما المساندة الأدائية فهي أكثر فعالية في مرحلة العلاج الإشعاعي، بينما ارتبطت المساندة الوجدانية في جميع المراحل بالتوافق النفسي (Jocye, 1998).

ووجد "نيلنج" Neuling وآخرون(١٩٨٨) أن مريضات أورام الثدي(ن = ٦٠) يفضلون المساندة الوجدانية من المتخصصين وغير المتخصصين، أما المساندة المعلوماتية فهي من المتخصصين فقط (Through: Helgeson & Cohen, ,1996).

وتؤكد دراسة "بوتلر" Butler وآخرون(١٩٩٩)، التي أجريت على(١٢٥) مريضة بأورام الثدي، أن المساندة الوجدانية لها تأثير مهم في حياة مرضى الأورام السرطانية، حيث يؤدي انخفاض مستويات المساندة الوجدانية من الشبكة

الاجتماعية المحيطة بالمريض إلى زيادة معدلات الانتكاس للمرض، وارتفاع الأعراض التجنبية للعلاج(Bulter, Koopman, Classen & Spiegel, 1999)).

هذا ولم يكتفي "تيلور" Taylorوآخرون(١٩٨٦) بقياس هذه الأنماط من المساندة، ولكنه أجرى تجربة على عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها ١٤٥مريضاً، واهتم فيها بتقديم أشكال متعددة لأنماط المساندة لمجموعات من مرضى الأورام السرطانية، حيث قدم لهذه المجموعات الاهتمام الوجداني، والمساعدات الأدائية، والمعلومات عن طبيعة المرض، وليتلافى بذلك قصور الشبكة الاجتماعية المحيطة بالمريض، وجاءت النتائج لتعكس مدي تأثير هذه الأنماط بحيث أصبح المرضى أقل توتراً، وتعباً، وغموضاً، وأكثر تحسناً في الأعراض الاكتئابية(Taylor, Falke, Shoptaw & Licchtman,1986)).

كما وجدت دراسة "بنينكس" وآخرين(١٩٩٨) أن المساندة الوجدانية من قبل المحيطين بالمرضى ذوي الأمراض المهددة للحياة لها أثر فعال في خفض الاكتئاب، بينما المساندة الوسيلية كان لها أثر أقوي في خفض الاكتئاب مع المرضى العاجزين وظيفياً(Penninx et al.,1998)).

وأضاف "سيميستر" أن المساندة الوجدانية تعد متغير منبئاً بانخفاض الاكتئاب لدى مرضى الأورام السرطانية، بينما تعد المساندة الوسيلية متغير فعال في زيادة التفاؤل لديهم(Symister et al.,2003)).

التعقيب:

يتضح لنا من استعرضنا للدراسات السابقة أنها تؤكد الأثر الإيجابي للمساندة في شعور المريض بالتحسن نحو نفسه والبيئة المحيطة به. وأضافت النتائج أهمية إدراك المساندة من قبل المريض، أي لم تعد الدراسات تعتمد على المنظور الكمي في قياس المساندة، بل ترى أنه من الأفضل وصف المساندة من خلال المنظور الكيفي. كما لم يعد ينظر للمساندة كمفهوم عام، بل قسم هذا المفهوم حسب

وظائفه(مساندة وجدانية، واجتماعية، ووسيلية، وتقديرية، ومعلوماتية) لتقديم صورة أوضح عن دور المساندة في تقليل المشقة النفسية.

وبالانتهاء من التعقيب على الدراسات التي تناولت دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من المشقة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، نرى أنه من الضروري عرض بعض النقاط التي تكون لنا بمثابة هادية ترشدنا نحو صياغة أفضل لفروض الدراسة الراهنة.

التعقيب العام على تلك الدراسات:

١- من الملاحظ في العرض السابق أن أغلب الدراسات تناولت فئة أورام الثدي السرطانية، مع إهمال فئات أخرى مثل أورام الدم أوالكبد أوالرئة أوالمثانة، ولذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة للتركيز على فئة مرضية بحثياً وعلاجياً، ألا وهي أورام المثانة السرطانية.

٢- أكدت نتائج الدراسات التي أجريت بهدف حصر ما ينجم عن الإصابة بالأمراض المزمنة من اضطرابات نفسية واجتماعية ومهنية، وشيوع هذه الاضطرابات بشكل قد يفوق أهمية المرض في حد ذاته، الأمر الذي يحث على ضرورة التدخل للحد من شدة هذه الاضطرابات.

٣- تتنوع مصادر المشقة من مريض لآخر، حسب نوع مرضه، ومرحلته، ونمط العلاج الذي يخضع له المريض، لذا نتوقع وجود تفاوت بين المرضى في هذه المصادر، ولكننا نجد أن أغلب الدراسات لم تركز على تحديد مصادر المشقة لدى كل فئة من مرضى الأورام السرطانية.

٤- وجدت الدراسات السابقة نتيجة مهمة، وهي درجة تقييم المريض لكل مصدر من مصادر المشقة، فقد نجد الفرد يدرك المصادر الاقتصادية بشكل يفوق حدة المرض ذاته، لهذا لابد من وضع هذه النتيجة في الاعتبار عند قياس مصادر المشقة لدى مرضى الأورام السرطانية المثانة.

٥- لابد من التركيز على المنحى الموقفي* عند دراسة استراتيجيات المواجهة خاصة في مجال الأمراض العضوية، حيث يتوقع تنوع استراتيجيات المواجهة، ليس فقط لاختلاف العينات المرضية، ولكن بسبب اختلاف مرحلة المرض، والعلاج الخاضع له المريض، وما يحتويه كل مرض من أعراض وطبيعة خاصة تميزه عن غيره من الأمراض.

٦- فيما يتعلق بنتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة أبعاد مفهوم استراتيجيات المواجهة، نجد أنه علي الرغم من أن أغلبها أكد تعدد العوامل المكونة لمفهوم استراتيجيات المواجهة، يلاحظ عدم وجود دراسة واحدة لتسجيل أبعاد المواجهة لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، لذا فمن المتوقع وجود اختلاف في هذه الأبعاد لاختلاف العينة.

٧- كما يلاحظ اهتمام الدراسات بتوضيح دور كل استراتيجية بشكل منفصل، ولكن النظرة التفاعلية لهذه الاستراتيجيات معاً، تجعل من المحتمل زيادة فعالية هذه الاستراتيجيات، فعلى سبيل المثال قد تزداد فعالية استراتيجية التدين في ظل وجود استراتيجية التقبل، وهكذا بالنسبة لبقية الاستراتيجيات الأخرى.

٨- يتضح لنا من خلال مراجعة الدراسات التي اهتمت بدور المساندة على إدراك المساندة من قبل المريض، أي لا تعتمد الدراسات على المنظور الكمي في قياس المساندة، بل ترى أنه من الأفضل وصف المساندة من خلال المنظور الكيفي، والتي تؤكد دور المساندة إذا قدمت في الوقت المناسب، ومن الشخص المناسب، وإذا كانت مطلوبة من المريض.

٩- لم تنظر الدراسة لمفهوم المساندة كمفهوم عام، بل ركزت على وظائف المفهوم (مساندة وجدانية، ومساندة اجتماعية، ومساندة وسيلية، ومساندة تقديرية، ومساندة معلوماتية) لتقدم صورة أوضح عن دور المساندة في تقليل

---

*المنحى الموقفي: يقصد به "دراسة استراتيجيات المواجهة التي يتبناها فرد ما في موقف مشقة خاص".

المشقة النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، وما يحتاجه المريض من نمط محدد للمساندة.

١٠- يتضح من العرض السابق تعدد الدراسات الأجنبية التي حاولت تغطية أهم الجوانب المرتبطة بالأمراض المزمنة، ولكن علي الرغم من ذلك نجد ندرة في الدراسات العربية بوجه عام والمصرية بوجه خاص، مما يبرر ضرورة العناية بالموضوع.

١١- يتضح كذلك من العرض السابق الاهتمام الذي توليه المؤسسات الصحية والعلمية في الخارج قبل النواحي النفسية للمرضي المزمنين، إضافة لما يتلقونه من رعاية طبية شاملة، وهو نموذج لرعاية متكاملة يحسن تمثله مع كل المرضى المزمنين، لهذا تأتى محاولة الدراسة الراهنة لاستكشاف أفضل استراتيجيات المواجهة التي تعمل على تخفيف حدة المعاناة من الأمراض المزمنة وما يصاحبها من اضطرابات نفسية.

١٢- كذلك يتضح من العرض السابق عدم تناول الدراسات لدور كل من استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية بشكل تفاعلي، مع العلم بأن العلاقة بينهما وثيقة، وهذا ما أكده "نك نيتل" Nc Netl(١٩٨٧) من أن المساندة الاجتماعية ترتبط بشكل إيجابي بكفاءة المواجهة، كما أن المساندة المتاحة ترتبط إيجابياً بالمواجهة المرتكز على المشكلة، وسلبياً مع المواجهة المرتكز على الانفعالات لدى مرضى الأمراض المزمنة (Nc Netl,1987). وأضاف "جوتي" Gotay وآخرون(٢٠٠٢) أن للتحقيق جودة الحياة أفضل لدى مرضى الأورام السرطانية، لابد من توفير كل من المساندة الاجتماعية الإيجابية، والمواجهة النشط لديهم (Gotay, Blaine, Haynes, Holup & Pagano,2002).

ملخص الفصل:

انصب هدفنا في هذا الفصل على استعراض مختلف الدراسات ذات الارتباط المباشر بدراستنا، في محاولة لتوضيح ما يمكن أن تستفيد منه الدراسة الراهنة من الجهود البحثية في هذا الإطار - من ناحية - وما يمكن أن تضيفه الدراسة الراهنة إلى مجمل ما سبق تقديمه من دراسات من ناحية ثانية.

وفي إطار ذلك، قسمنا هذا الفصل إلى ثلاثة أقسام رئيسة، اختص **أولها** باستعراض الدراسات التي تناولت مفهوم أمراض الأورام السرطانية وما ينجم عنها من اضطرابات نفسية وجسمية، واختص **ثانيها** بالدراسات التي اهتمت بمفهوم استراتيجيات المواجهة، ودوره في خفض المشقة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، وأما **القسم الأخير** فاختص باستعراض الدراسات التي ركزت على دور مفهوم المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات. وقد حرصنا أن ننهي كل قسم من هذه الأقسام الثلاثة بتلخيص لما أسفرت عنه نتائج الدراسات التي عرضنا لها، وأرجأنا تعقيبنا العام على جميع الدراسات إلى نهاية الفصل، لنستخلص في الجزء الأخير من الفصل فروض الدراسة الراهنة، التي تجيب عن أسئلة الدراسة في ضوء نتائج الدراسات السابقة.

الفصل الخامس

أسئلة الدراسة ومنهجها وإجراءاتها

- التصميم البحثي ومتغيرات الدراسة.
- العينة ومواصفاتها.
- أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.
- وصف جلسات تطبيق الاختبارات وإجراءاتها.
- أساليب التحليل الإحصائي.

مشكلات الدراسة وفروضها

تهتم الدراسة الراهنة بالإجابة عن عدة أسئلة مرتبطة ببعضها بعضاً، وهي تُعنى في الأساس بفحص العلاقة بين متغيرات الدراسة الثلاثة، والتأثير المحتمل لبعضها في بعضها الآخر. وهذه الأسئلة يمكن تقسيمها إلى أربعة محاور، على النحو التالي:

- **أولاً:** هل توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة مرضى أورام المثانة السرطانية ومجموعة غير المرضى في استخدام كل منهم لاستراتيجيات المواجهة، وأنماط المساندة الاجتماعية؟.
- **ثانياً:** هل تتباين شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية؟.
- **ثالثاً:** هل تتباين شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لاستراتيجيات المواجهة؟.
- **رابعاً:** هل تتباين شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين كم ونمط المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى وغير المرضى من المحيطين بهم؟.

وكإجابة مبدئية عن الأسئلة الأساسية للدراسة نطرح الفروض الآتية:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى في استراتيجيات المواجهة، وفي أنماط المساندة الاجتماعية.

٢- وتتباين شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية.

٣- وتتباين شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لاستراتيجيات المواجهة.

٤- وتتباين شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين كم ونمط المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى وغير المرضى من المحيطين بهم.

وتستند الفروض السابقة إلى المباديء الأساسية لنظريات المواجهة والمساندة لكل من "فولكمان" و"لازاروس"، و"موس"، وإلى ما أشارت إليه ـ كذلك ـ بعض الدراسات التي أجريت في هذا الصدد، وذلك على النحو الذى أشرنا إليه في الفصول الثلاثة السابقة ـ (الثاني والثالث والرابع) ـ أما الفصل الراهن فسنعرض من خلاله لمنهج الدراسة، وأسلوب تحليل البيانات لتحقيق مختلف أهداف الدراسة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

يعتمد منهج الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي المقارن، وهو ما اقتضته طبيعة المتغيرات المستقلة بها، التي لا تقبل المعالجة التحكمية. من ناحية أخرى اقتضت طبيعة المتغيرات الدخيلة أن يعتمد ضبطها على طريقة التناظر التقريبي بين مجموعات الدراسة. وفيما يتصل بعناصر هذا المنهج المقترح نعرض لها على النحو التالي:

أولاً: التصميم البحثي ومتغيرات الدراسة

اعتمدت الإجابة عن تساؤلات الدراسة الراهنة على التصميم العاملي بين المجموعات وداخلها ٢ x ٢x ٢، وتمثلت متغيراته المستقلة في: الحالة الصحية، واستراتيجيات المواجهة، والمساندة الاجتماعية، أما متغيراته التابعة فهي أداء أفراد الدراسة على البطارية النفسية المكونة من مجموعة استخبارات لقياس المشقة النفسية، والتشاؤم، والعجز المكتسب، وقلق الموت. وسوف يسمح هذا التصميم بوصف مجموعات الدراسة وتصنيفها وفقا للتفاعل بين المتغيرات المستقلة وبعضها

بعضا ، لا لنكشف عن علاقاتها مع المتغيرات التابعة فقط ، بل لنرى التفاعل بين هذه المتغيرات - مع تباين مستوياتها - وعلاقاته مع المتغيرات التابعة أيضاً ، على النحو الذي يوضحه الشكل(٥ ـ١).

المتغير المستقل(١) الحالة الصحية	مرضى أورام المثانة السرطانية				غير المرضى			
المتغير المستقل(٢) المواجهة	مرتفعة		منخفضة		مرتفعة		منخفضة	
المتغير المستقل(٣) المساندة الاجتماعية	مرتفعة ↑	منخفضة ↑	مرتفعة ↑	منخفضة ↑	مرتفعة ↑	منخفضة ↑	مرتفعة ↑	منخفضة ↑
نتائج المتغيرات التابعة								

شكل(٥ –١) التصميم البحثي للدراسة الراهنة

يتميز التصميم العاملي عموماً سواء أكان بين الأفراد أوداخل الأفراد في أنه يناسب دراسة الطبيعة المعقدة للسلوك الإنساني، حيث يتيح فهماً أشمل للعوامل الأساسية التي تؤثر في السلوك والتفاعل بينهما، وإذا عرفنا أن السلوك الإنساني عبارة عن المحصلة النهائية لمجموعة من التفاعلات بين العوامل المختلفة التي يتأثر بها الفرد - بعضها يتعلق بالفرد، وبعضها يتعلق بالبيئة أوالظروف التي يتعرض لها - لإدراكنا الأهمية الكبيرة التي يقدمها التصميم العاملي بوجه عام في إعطاء تفسير أكثر دقة وتحديداً لتأثير العوامل المتشابكة على السلوك.

وبالإضافة إلى هذا فإن التصميم يضمن التكافؤ بين الأفراد في الظروف التجريبية المختلفة، ويشمل هذا التكافؤ خصال الأفراد: لأن الأفراد أنفسهم هم الذين يتعرضون لجميع الظروف التجريبية، فكل فرد يعتبر ضابطاً لنفسه في الظروف التجريبية المختلفة.

كذلك يساعد هذا التصميم على التقليل من التباين الخطأ، مما يزيد من فرصة الكشف عن تأثير المتغير التجريبي، وبالتالي فإن هذا التصميم يكون أكثر حساسية للكشف عن الفروق الصغيرة لتأثير المعالجة التجريبية(عبد الفتاح القرشي، ٢٠٠١، ص ٢٠٨)وعلى هذا فقد تمثلت **متغيرات الدراسة الراهنة** في ستة متغيرات، نعرض لتعريفاتها الإجرائية فيما يلي:

(١) المواجهة: يعرف المواجهة في إطار الدراسة الراهنة بأنه "عملية تنطوي على الاستراتيجيات المتعددة التي توجه استجابات الفرد للتصدى لموقف المشقة المدرك، وهذه الاستجابات إما أن تكون في اتجاه الوفاء ببعض المطالب المدركة الخاصة بموقف المشقة أوفي اتجاه التخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن موقف المشقة".

ويتحدد **مفهوم المواجهة إجرائياً**، من خلال التقرير الذاتي الذي يقدمه الفرد عما يقوم به من استراتيجيات متعددة لمواجهة موقف المشقة، المتمثل في الإصابة بمرض أورام المثانة السرطانية. وقد تحددت الاستراتيجيات المستخدمة في المواجهة - في إطار الدراسة الراهنة - في إحدى عشرة استراتيجية أساسية، ينطوي بعضها على التوجه بشكل مباشر نحو المرض(المواجهة المرتكز على المشكلة)، ويتجه بعضها الآخر نحو التخفيف والتقليل من الانفعالات الناتجة عن المرض(المواجهة المرتكز على الانفعالات).

(٢) المساندة الاجتماعية: وتعرف المساندة الاجتماعية بأنها "التفاعلات الاجتماعية أوالعلاقات التي تزود الفرد بالمساندة الفعلية أوإدماجه في النظام الاجتماعي لتزويده بالحب، والرعاية".

ويعرف **مفهوم المساندة الاجتماعية إجرائياً**، من خلال التقرير الذاتي للفرد لما يحصل عليه من مساندة من قبل المحيطين به، والتي تتمثل في صور متعددة من قبيل المساندة المعنوية (مثل إظهار التعاطف والود)، والمساندة المادية (مثل تقديم مساعدات بالمال أوما شابهه)، والمساندة الفعلية (مثل السعي لحل مشكلة ما تواجهه) إلى آخر هذه الصور المختلفة من المساندة الاجتماعية.

[٣] المشقة النفسية: وتعرف المشقة النفسية بأنها "استجابة الفرد للظروف أوللأحداث المهددة له"، وفي الدراسة الراهنة يتحدد الظرف أوالحدث المهدد في الإصابة بمرض أورام المثانة. أما نمط الاستجابة لذلك الظرف فيتحدد في الشعور بالتهديد والمعاناة النفسية الناجمة عنه.

وعلى ذلك تتحدد **المشقة النفسية إجرائياً** بأنها تقرير الفرد الذاتي لمقدار المشقة الذي يشعر به عند تعرضه لأحداث مرتبطة بالمرض، وتم حصر خمسة مصادر للمشقة المرتبطة بمرض أورام المثانة، وهي: المصادر النفسية، والمصادر الاجتماعية، والمصادر المادية، والعلاج، والأعراض المرضية.

[٤] التشاؤم: ويعرف بأنه "التوقع السلبي لدى الفرد للأحداث القادمة المرتبطة بإصابته بالمرض، مما يجعله ينتظر حدوث ما هو أسوأ"، ويتحدد **مفهوم التشاؤم إجرائياً**، فيما يحصل الفرد عليه من درجة تعكس مدى توقعه لتعرضه للأحداث السلبية المرتبطة بالمرض.

[٥] **العجز المكتسب**: ويعرف العجز المكتسب بأنه "حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة تكرار تعرضه لأحداث مشقة، يعجز هو عن التحكم فيها".

ويعرف **مفهوم العجز المكتسب إجرائياً**، بأنه ما يحصل عليه الفرد من درجة تعكس مدى شعوره بالعجز حيال مرضه.

[٦] **قلق الموت**: ويعرف قلق الموت بأنه "شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه، في يقظته ومنامه، وفي حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله أسيراً لتلك المشاعر على نحو ما، ومتوجساً من العيش على النحو الطبيعي".

ويعرف **مفهوم قلق الموت إجرائياً**، بأنه ما يحصل عليه الفرد من درجة تعكس مدى شعوره بالتوجس والخوف من الموت.

ثانياً: العينة ومواصفاتها

اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين هما: الأولى مرضى أورام المثانة السرطانية والثانية مجموعة غير المرضى، وتكونت **المجموعة التجريبية** من (٤٠) مريضاً بأورام المثانة السرطانية، منهم، (٢٥) من الذكور و(١٥) من الإناث. بمتوسط عمر قدره(٥٢.٥ ± ٦.٣). وقد سحبت العينة من خمسة أماكن مختلفة، هي: مستشفى قصر العيني القديم، ومعهد الأورام التابعان لجامعة القاهرة، ومستشفى عين شمس الجامعي (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، ومستشفى التأمين الصحي بالهرم، ومستشفى الهرم التخصصي. وروعي في انتقاء هؤلاء المرضى الشرطان العياديان الآتيان:

١- أن ينطبق عليهم محكات تشخيص الإصابة بمرض أورام المثانة السرطانية بشرط أن يقوم بتشخيصها وتحويلها طبيب متخصص( ) في تشخيص وعلاج أورام المثانة السرطانية.

٢- وأن يكونوا من بين المرضي الذين يترددون علي العيادات الخارجية بمعاهد أووحدات الأورام الجامعية، حتى تسمح حالتهم بالفحص وتطبيق الاختبارات النفسية.

قام كل من الأستاذ الدكتور محمد الباز والدكتور محمد حسن بكلية الطب . جامعة عين شمس ، والدكتور محمد مختار بمستشفى الهرم التخصصي ، والأستاذ الدكتور محمد سعد زغلول بمعهد الأورام التابع لجامعة القاهرة بتشخيص هده الحالات وتحويلها إلى الباحثة ، وتنتهز الباحثة الفرصة لتشكرهم جميعاً على ما بذلوه من جهد مشكور في هذا الصدد.

كما اسجل شكري وتقديري لكل من الأستاذ الدكتور مبارك محمد حسن والدكتورة سارة حمزة بكلية طب . جامعة عين شمس . والأستاذ الدكتور عادل مدني بكلية طب . جامعة الأزهر ، والدكتورة كريمة خطاب بكلية الآداب . جامعة جنوب الوادي ، والسيدة حكمت عبد المنعم بالقصر العيني التعليمي القديم ، والسيدة ماجدة الشافعي الأخصائية الاجتماعية بمعهد الأورام التابع لجامعة القاهرة ، الذين كانوا لهم الفضل الأول في نجاح الباحثة في الحصول على المشاركين في الدراسة.



ويوضح الجدول(٥- ١) توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغيرات عيادية وديموجرافية هي:

جدول (٥- ١)

توزيع عينة الدراسة على عدد من المتغيرات العيادية والديموجرافية

خصائص عينة الدراسة	العدد
١-تطور المرض	
المرحلة الأولى	٢
المرحلة الثانية	٣٨
المرحلة الثالثة	—
٢- نوع العلاج	
علاج جراحي	١٦
علاج كيميائي	١
علاج إشعاعي	٦
علاج جراحي وعلاج إشعاعي	٨
علاج جراحي وعلاج كيميائي	٩
٣- محل الإقامة	
الريف	٢٣
الحضر	١٧
٤- الحالة الاجتماعية	
أعزب	—
متزوج	٣٩
أرمل	١
مطلق	—
٥- المستوى التعليمي	
أمي	١٨
يقرأ ويكتب	١٠
مرحلة الإعدادية	٥
مرحلة التعليم الثانوي	٦
المرحلة الجامعية	١

٦- المهنة	
يعمل	٢٠
لا يعمل	٢٠
٧- مكان التطبيق	
مستشفى قصر العيني القديم	١٣
معهد الأورام التابع لجامعة القاهرة	١٣
مستشفى عين شمس الجامعي	٥
مستشفى التأمين الصحي بالهرم	٢
مستشفى الهرم التخصصي	٧
المجموع الكلي للمشاركين	٤٠

أما **المجموعة الضابطة**، فشملت (٥٠) من غير المرضى، منهم، (٢٥) من الذكور و(٢٥) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين ٤٠ – ٦٢ سنة، وتباين المستوى التعليمي لهم فيما بين من لا يقرأ ولا يكتب حتى مستوى التعليم الجامعي.

ولتبيُّن مدى تكافؤ مجموعتي الدراسة على متغيرات الاختبار والاختيار، فقد تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة، وحساب قيمة "كا٢" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة، وهذا ما يوضحه الجدولان التاليان:

جدول (٥ - ٢)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة

المتغيرات الديموجرافية	المجموعة التجريبية (ن = ٤٠)		المجموعة الضابطة (ن = ٥٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١ـ العمر	٥٢,٥	٦,٣	٥٠,٣	٨,١	١,٤٠٦	٠,١٦٣
٢ـ مستوى الذكاء	٩,٣	١,٧	٩,٤	١,٦	-٠,٤١٩	٠,٦٧٦

جدول (٥ - ٣)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات المنفصلة

البيانات الديموجرافية	كا٢	مستوى الدلالة
٣ــ المستوى التعليمي	٠,٩٤٨	٠,٣٥٠
٤- الإقامة	١,١١	٠,٢٩٢

ويتضح لنا من الجدولين السابقين أن هناك تكافؤاً إلى حد كبير بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى في المتغيرات التي قد تتدخل في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

ثالثاً: أدوات الدراسة

تكونت أدوات الدراسة الراهنة من بطارية من الاستخبارات النفسية، قامت الباحثة بتكوينها، واشتملت على الاستخبارات الآتية:-

١- استخبار استراتيجيات المواجهة.
٢- واستخبار المساندة الاجتماعية.
٣- واستخبار قلق الموت.
٤- واستخبار العجز المكتسب.
٥- واستخبار المشقة النفسية.
٦- واستخبار التشاؤم.

وفيما يلي نعرض عرضاً تفصيلاً لتلك البطارية، بادئين بعرض المرحلة التمهيدية لتكوين الأدوات، يليها وصف الأدوات من حيث تكوينها وكيفية الأداء عليها، ثم وصف الإجراءات التي اتخذت لتقدير كفاءتها القياسية (الثبات والصدق)، ثم ننتهي بوصف الأدوات في صورتها النهائية.

المرحلة التمهيدية

بدأت خطة إعداد الأدوات الجديدة بعدد من الخطوات التي تم إجراؤها على النحو التالي:

(أ) الاطلاع على ما ورد من كتابات واستنتاجات علمية خاصة بمفاهيم الدراسة الراهنة، وذلك لحصر أبرز التعريفات المطروحة لهذه المفاهيم عبر الدراسات السابقة والمراجع المعنية بها. الأمر الذي دعا إلى إدراك أولوية بلورة الإطار النظري الذي تقوم عليه الدراسة الراهنة قبل الشروع في تكوين الاختبارات.

(ب) استقراء نظري للدراسات التي أجريت في المجتمع المصري على عينات مشابهة لعينة الدراسة، بهدف معرفة دور كل مفهوم من مفاهيم الدراسة الراهنة، وحصر لأهم مصادر المشقة التي تتعرض لها هذه الفئة المرضية.

(ج) حصر عدد لا بأس به من المقاييس الأجنبية والعربية السابق استخدامها في الأبحاث والدراسات العلمية وثيقة الصلة بالموضوع، فكان من **المقاييس الأجنبية التي شملها الحصر**، بطارية استجابات المواجهة لـ"رودلف موس" (١٩٩٠)، وبطارية مهارات المواجهة(١٩٩٦)*، ومقياس المواجهة مع المشكلات الصحية لـ "إندلر"(١٩٩٨)، ومقياس الأبعاد المتعددة للمساندة الاجتماعية المدركة لـ "زيميت" Zimet(١٩٨٨)، ومقياس المساندة متعددة الأبعاد لـ "وينفيلد" Winfield(١٩٩٢)، ومقياس أنماط المساندة الاجتماعية لـ "فاوكس" Vaux(١٩٨٧)، ومقياس المساندة الاجتماعية المدركة من الأسرة والأصدقاء لـ "بروسيدانو" Procidano(١٩٨٣)، ومقياس المساندة الاجتماعية لـ "ماك كوبين" McCubbin(١٩٩١)، ومقياس المخاوف من الموت والاحتضار لـ "فراي" Fry(١٩٩٠)، ومقياس "تمبلر"(١٩٩٠) للموت الإكتئابي، ومقياس "كليلاند" Cleeland(٢٠٠٠) للمشقة عند مرضى السرطان، ومن **المقاييس العربية**( )، التي ضمها الحصر الراهن، مقياس طرق التكيف لدى مرضى سرطان المثانة لنهاد حلمي محمد(١٩٩٨)، واستخبار أساليب مواجهة أحداث الحياة لحسن مصطفى عبد المعطي(١٩٩٢)، وقائمة أساليب التعامل مع

* WWW.queendom.com/tests/career/Coping Skills Inventory.

قام كل من الأستاذ الدكتور عبد الرقيب البحيري بكلية التربية - جامعة أسيوط ، والأستاذ الدكتور حسن مصطفي عبد المعطي بكلية التربية - جامعة الزقازيق ، والأستاذة الدكتورة مايسة شكري بكلية الآداب - جامعة طنطا، بمساعدة الباحثة في تجميع الاختبارات السابقة المرتبطة بأدوات الدراسة الراهنة ، فلهم جزيل الشكر.

مواقف الحياة لمايسة شكري(١٩٩٩)، واستخبار ضغوط أحداث الحياة لحسن مصطفى عبد المعطي(١٩٨٩)، ومقياس أساليب استيعاب المواقف الضاغطة لرجب رجب شعبان(١٩٩٠)، ومقياس أحداث الحياة المثيرة للمشقة لجمعة سيد يوسف(١٩٩١)، ومقياس مصادر المشقة لدي مرضى سرطان المثانة لنهاد حلمي محمد(١٩٩٨)، ومقياس الشعور باليأس لعبد الرقيب أحمد البحيري(١٩٨٩)، ومقياس التشاؤم لأحمد عبد الخالق(١٩٩٦)، ومقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق(١٩٨٧).

وعلى الرغم من وفرة المقاييس والأدوات التي تبدو عاكسة لمتغيرات الدراسة الراهنة، فقد كانت هناك اعتبارات مهمة دفعتنا لتكوين اختبارات جديدة، وكان على رأس هذه الاعتبارات، أن تبدو الاختبارات أكثر ملاءمة لأهداف الدراسة الراهنة، ولطبيعة العينة، ولطبيعة الثقافة المصرية، إضافة إلى ما يمكن أن توفره الاختبارات الجديدة من حلول لمشكلات عانت منها الاختبارات السابقة. نذكر من بين هذه المشكلات ما يأتي:

١- ما يتعلق باختبارات المواجهة، بالرغم من وجود اختبارات متعددة لقياس طرق وأساليب المواجهة؛ فقد بدت غير ملائمة لطبيعة الحالة المرضية لأفراد العينة، فاستخدام الرياضة على سبيل المثال كطريقة للمواجهة، قد لا تناسب المرضى بوجه عام، ومرضى سرطان المثانة بوجه خاص، فضلا عن كونها تبدو غير مناسبة لأعمار بعض أفراد العينة.

٢- أما بالنسبة لاختبارات المساندة، فوجد أنها تتعامل مع مفهوم المساندة كبعد واحد، بينما تتناوله الدراسة الراهنة كمفهوم متعدد الأبعاد، لذا كانت الحاجة ضرورية لتكوين اختبار يعكس الأبعاد المتعددة للمفهوم.

٣- وفيما يتعلق بقياس المشقة، فقد لوحظ أن الاستخبارات المتاحة لم تتطرق لمصادر المشقة الخاصة بالمرضى بوجه خاص، بل اقتصرت على

أحداث الحياة المُشقة، ومن ثم كان من الضروري التفكير في اختبارات تعني بالمشقة التي يتعرض لها مريض سرطان المثانة.

٤- أما بالنسبة لاستخبار العجز المكتسب، فرأت الباحثة وجود ندرة شديدة في الاختبارات المطروحة في الإنتاج النفسي السابق، لذا كان من الضروري تكوين استخبار يعكس مفهوم العجز المكتسب، كما تناولته الدراسة الراهنة.

٥- أما بالنسبة لقياس متغيرى التشاؤم وقلق الموت، فقد رأت الباحثة إمكانية الاعتماد على المقاييس السابقة، مع إدخال تعديلات وإضافات تلائم طبيعة العينة.

(د) بعد ذلك تم تحديد وصياغة بنود كل استخبار على حدة بحيث تعكس المفهوم، وما يحتويه من أبعاد متعددة، وروعي فيها أن تتلاءم مع طبيعة العينة من ناحية، وطبيعة الثقافة المصرية من ناحية أخري.

(هـ) تم تطبيق تلك الاستخبارات على عينة استطلاعية مصغرة، لتحقيق الأهداف التالية:

١- التحقق من كفاءة ووضوح التعليمات الخاصة بالاختبارات.

٢- ومدى وضوح وسلامة الصياغة اللغوية للبنود بالنسبة للمشاركين.

٣- ومحاولة الوقوف على الفترة الزمنية التي تستغرقها الإجابة عن هذه الاختبارات، لتحديد العدد الأمثل من الاختبارات التي يمكن أن تطبق في جلسة واحدة دون ملل أوتعب.

٤- والتحقق من مدى ملاءمة هذه الاختبارات للمستويات التعليمية المنخفضة.

وترتب على هذه المرحلة التمهيدية الوصول إلى بطارية مكونة من ستة اختبارات، كخطوة أولى نحو التحقق من الكفاءة السيكومترية لهذه البطارية.

وصف الاستخبارات في صورتها الأولى

[١] استخبار استراتيجيات المواجهة(من إعداد الباحثة): اشتمل استخبار استراتيجيات المواجهة على أحد عشر مقياساً فرعياً، نعرض لها على النحو التالي:

١- **مقياس المواجهة**: ويتكون هذا المقياس الفرعي من تسعة(٩) بنود، تكشف عن عملية اتخاذ الخطوات الإيجابية التي يتخذها الفرد لمحاولة تغيير مصدر المشقة، أوعلى الأقل تحسين نواتجه، وتتميز هذه الاستراتيجية بالتوجه المباشر للحدث، وبالمجهودات المبذولة من قبل الفرد لتغيير الموقف، كأن يحارب الفرد من أجل ما يريد. ويمثل الاستخبار البنود: ٢، ٦٨، ٦٢، ٨٦، ٥٦، ٤٨، ٨٣، ٤١، ٦٥. وتتطلب الإجابة أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و (ثلاث) درجات.

٢- **مقياس التخطيط**: ويتكون هذا المقياس الفرعي من تسعة(٩) بنود، يكشف سعى الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة، من خلال التفكير في كيفية المواجهة مع الحدث، مثل عمل خطة لمواجهة المشكلة ونواتجها. ويقاس من خلال البنود: ٤، ٥٩، ٣٤، ٢٢، ٦٠، ٧، ٨١، ١٢، ١٩. وتتطلب الإجابة عن المقياس - أيضاً - أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و (ثلاث) درجات.

٣- **مقياس المواجهة الوجدانية**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، تعكس المجهودات المبذولة من قبل الفرد لتنظيم مشاعره وانفعالاته الناتجة عن موقف المشقة. ويقاس من خلال البنود: ٨٩، ٥٠، ٩١، ٤٦، ٨٥، ٥٨، ٥٢، ١١، ١٨. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٤- **مقياس التنمية الذاتية**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، تعكس مدى سعى الفرد لتقويه جوانب الضعف لديه في مواجهة المشقة. ويقاس من خلال البنود: ٤٩، ٧٢، ٥٧، ٢٦، ٤٧؛ ٦٣، ٦، ٨٢، ٣٥. وتتطلب الإجابة عن الاستخبار أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (و حد) و(ثلاث) درجات.

٥- **مقياس التجنب**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، تسأل عن سعى الفرد نحو فصل أوعزل نفسه عن موقف المشقة، كمحاولته التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة التي تعد مصدراً للمشقة. ويقاس من خلال البنود:٥، ٥١، ١، ٤٢، ٨٧، ٦٦، ٨٠، ٧١، ٧٣. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٦- **مقياس الإفصاح**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، تعكس محاولات الفرد للتعبير عما بداخله للمحيطين به دون تردد أوخوف. ويقاس من خلال البنود: ٩٨، ٩٠، ٩٦، ٤٣، ٩٢، ٧٥، ٢٨، ٣١، ٩٧. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٧- **مقياس الإدراك الإيجابي**: ويتكون من تسعة (٩) بنود، وتمثل هذه الاستراتيجية المجهودات الخاصة بالفرد لمحاولة إيجاد معنى إيجابي للخبرة المثيرة للمشقة، والتي يتعرض لها الفرد في حياته. ويقاس من خلال البنود: ٢١، ٢٩، ٦٤، ٨٤، ٧٠، ٩٣، ٣٠، ٥٥، ٣٢. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٨- **مقياس التقبل**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، وهي تبرز مدى قبول الفرد للموقف والتوافق معه كما هو دون محاولة تغييره، أي قبول الموقف كحقيقة لا مفر منها. ويقاس من خلال البنود: ٢٥، ٧٧، ١٧، ١٦، ٩٩، ٢٣، ٧٩، ٥٣، ٥٤. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد

درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٩- **مقياس الكبت**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، وتقيس سعي الفرد لإخفاء ما يشعر به من آلام وانفعالات ومشاعر داخله، حتى لا يشعر بها المحيطون به. ويقاس من خلال البنود: ١٥، ٤٥، ٢٠، ٢٧، ٤٤، ٦٩، ٦٧، ١٤، ٧٦. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

١٠- **مقياس التوجه للدين**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، تقيس مدى توجه الفرد للدين سعياً للحصول على الأمن والطمأنينة من خلال علاقة الفرد بربه، كأن يكثف الفرد من السلوك الديني كقراءة القرآن والقراءة في الدين وأداء الفرائض محاولا بذلك توفير السلوى له. ويقاس من خلال البنود: ٨، ٧٤، ٩٥، ٦١، ٩، ١٢، ٣٨، ٣٣، ٣٩. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

١١- **مقياس الإنكار**: ويتكون من تسعة(٩) بنود، وهو يكشف عن مدى إنكار الفرد ورفضه لما يواجهه من مشقة نفسية. ويقاس من خلال البنود: ٣٦، ١٠، ٩٤، ٤٠، ٢٤، ٨٨، ٣، ٧٨، ٣٧. وتتطلب الإجابة عن المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

حساب الدرجات الفرعية والكلية تتمثل درجة المشارك على كل مقياس من المقاييس الفرعية في حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة، ومن ثم تمثل أقصى درجة على كل مقياس فرعي ٢٧ درجة (حيث أقصى درجة على مقياس الشدة x عدد البنود = ٣x ٩=٢٧ درجة).

ولحساب درجة المواجهة الكلية، يتم جمع درجات المقاييس الفرعية. وتكون أقصى درجة على استخبار المواجهة الكلية ٢٩٧درجة(حيث أقصى درجة على المقياس الفرعي x عدد المقاييس الفرعية = ٢٧x١١= ٢٩٧درجة).

[٢] استخبار المساندة الاجتماعية(من إعداد الباحثة): استخدم لقياس المساندة استخبار مكون من خمسين(٥٠) بنداً، تغطي بنوده خمسة أنماط من المساندة، هي:

١- **المساندة الاجتماعية**، ويحتوي هذا النمط على عشرة(١٠) بنود، وتمثل صور اندماج الفرد مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وكذلك إمداده بالمشاعر اللازمة ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية، وتقاس من خلال البنود: ٣٧، ٣٢، ١٠، ١١، ٣٨، ٢٣، ١٣، ٤٨، ٤٤، ٢٧.

٢- **المساندة الوجدانية**، وتحتوى على عشرة(١٠) بنود، وتعكس المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، التي يحصل عليها الفرد في أوقات المشقة، وتقاس من خلال البنود: ٥، ٢٥، ٣٥، ٥٠، ٤٣، ٤٠، ٢٦، ٤٧، ٦، ٤٥.

٣- **المساندة الأدائية**، وتشمل عشرة(١٠) بنود، لتمثل المساعدة المادية أوالمالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أودفع الفواتير، أوالمساعدة في الأعباء المنزلية، أومساعدته في القيام ببعض الأعمال البسيطة، وتقاس من خلال البنود: ٣٣، ١، ٤٩، ١٩، ٢٠، ٤٢، ١٥، ٣٩، ١٦، ٩.

٤- **المساندة المعلوماتية**، وتشمل عشرة(١٠) بنود، لتمثل حصول الفرد على النصيحة، والإرشاد أوالمعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أوالمواجهة مع مشاكل مرضه أومشاكله الشخصية، وتقاس من خلال البنود: ٢١، ٣١، ٢٤، ٧، ١٧، ٤٦، ٢٩، ٤، ١٢، ١٤.

٥- **المساندة التقديرية**، وتحتوي على عشرة(١٠) بنود، لتعكس إمداد الفرد بمردود أوبتعبيرات إيجابية أوبمعلومات مناسبة لعمل تقييم ذاتي، وتقاس من خلال البنود: ٣٦، ٨، ٣٠، ٢٨، ١٨، ٣٤، ٣، ٢، ٢٢، ٤١.

وتتطلب الإجابة عن هذا الاستخبار أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

حساب الدرجات الفرعية والكلية تتكون درجة المشارك من حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة. وتتحدد أقصى درجة على الاستخبار الفرعي بـ ٣٠ درجة (حيث أقصى درجة على مقياس الشدة x عدد البنود = ٣x ١٠ = ٣٠ درجة)، أما الدرجة الكلية، فهي حاصل جمع درجات المقاييس الفرعية، والتي يبلغ الحد الأقصى لها ١٥٠درجة(حيث أقصى درجة على المقياس الفرعي x عدد المقاييس الفرعية =٣٠ x ٥ =١٥٠درجة).

[٣] استخبار المشقة النفسية لدى مرضى أورام المثانة(من إعداد الباحثة)

ويتكون هذا الاختبار من اثنين وثمانين(٨٢) بنداً، وذلك لقياس مدى إدراك المرضى لمصادر الضغوط الجسمية والنفسية، مقسمة إلى خمسة مقاييس فرعية رئيسة، هي: أعراض المرض، والعلاج، والمصادر المادية، والمصادر الاجتماعية، والمصادر النفسية. وفيما يلي نعرض وصفاً مختصراً لكل مصدر من المصادر الخمسة السابقة.

١- **مقياس أعراض مرض ورم المثانة**، ويتضمن هذا المصدر أعراض المرض سواء أكانت تشخيصية، أوناتجة عن تقدم المرض، أوبسبب العلاج وما يترتب عليه من أعراض جانبية. ويتكون هذا المقياس من عشرين(٢٠) بنداً، ويقاس من خلال البنود: ٥٤، ٨٠، ٣٣، ٦، ٦٠، ١٧، ٦٦، ٧٦، ٧٨، ٤٢، ١٠، ٣، ٨، ٥١، ١٤، ٢٦، ٤٥، ٣١، ١٢، ٧٠. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٢- **مقياس العلاج**، ويمثل هذا المقياس مصدر المشقة المرتبط بالحصول على العلاج، وما يؤديه من إحساس بالمشقة نتيجة عدم توفر العلاج المطلوب للحالة، ويتكون المقياس من ثلاثة عشر(١٣) بنداً، وتقاس من خلال البنود: ٧٥، ٤٧، ٢٠، ٢٨، ٦٥، ٣٨، ٧١، ٦١، ١٥، ٥٦، ٤٠، ٢٥، ٢. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٣- **مقياس المصادر المادية**، ويتكون هذا المقياس من عشرة(١٠) بنود، تعكس مصدر المشقة الناتج عن صعوبة الظروف المادية، مثل عجز المريض عن شراء الدواء، وكذلك يشمل تكلفة العلاج الباهظة، وتقاس من خلال البنود: ١٦، ٦٩، ١٨، ٢٣، ١١، ٢٤، ٣٥، ٤٨، ٥٩، ٧٣. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٤- **مقياس المصادر الاجتماعية**، ويعكس مدى تغير العلاقات الاجتماعية بعد إصابة المريض بالمرض، ويتكون هذا المقياس من تسعة عشر(١٩) بنداً، وتقاس من خلال البنود: ٢١، ٥٠، ٦٨، ٤١، ٧٧، ٥٧، ٧٢، ٧٩، ٨٢، ٣٩، ١، ٤٣، ٥٥، ٥، ٤٤، ٩، ٢٧، ٣٤، ٧. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا الاستخبار أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

٥- **مقياس المصادر النفسية**، ويعكس هذا المقياس شعور المريض بتغير حالته النفسية، خاصة بعد المرض، ويتكون هذا المقياس من عشرين(٢٠) بنداً، وتقاس من خلال البنود: ٣٠، ٥٨، ١٩، ٦٧، ٦٢، ٣٢، ٦٤، ٤، ٧٤، ٢٢، ١٣، ٨١، ٤٩، ٥٢، ٤٦، ٣٦، ٦٣، ٢٩، ٣٧، ٥٣. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق

كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

حساب الدرجات الفرعية والكلية تتحدد درجة المشارك على كل مقياس فرعي من خلال جمع درجاته على مقياس الشدة، حيث تبلغ النهاية العظمى للدرجة على مقياس أعراض المرض ٦٠ درجة(أقصى درجة على مقياس الشدة x عدد البنود = ٣x ٢٠ = ٦٠ درجة)، وعلى مقياس العلاج ٣٩ درجة (٣x ١٣ = ٣٩ درجة)، ومقياس المصادر المادية هي ٣٠ درجة (٣x ١٠ = ٣٠ درجة)، ومقياس المصادر الاجتماعية ٥٧ درجة (٣x ١٩= ٥٧ درجة)، وعلى مقياس المصادر النفسية ٦٠ درجة(٣x ٢٠= ٦٠ درجة)، وعلى ذلك **تتكون الدرجة الكلية لاستخبار المشقة** إجمالاً من حاصل جمع درجات المقاييس الفرعية، والتي يبلغ حدها الأقصى ٢٤٦ درجة (النهاية الكبرى للدرجة على مقياس الشدة x عدد البنود = ٣x ٨٢ = ٢٤٦ درجة).

[٤] قائمة قلق الموت (من إعداد الباحثة)

تم تصميم هذه القائمة بهدف الحصول على تقدير كمي لقلق الموت، واشتمل المقياس على واحد وثلاثين (٣١) بنداً، تعكس شعور الفرد تجاه الموت، وتتطلب الإجابة عن هذه القائمة أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس الشدة، والذي يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات. أما البنود العكسية المشار إليها بعلامة (♦) في القائمة، فتصحح في الاتجاه العكسي، بمعنى أن "تنطبق بدرجة كبيرة" تأخذ درجة واحدة، و" تنطبق بدرجة متوسطة" تأخذ درجتين، و"لا تنطبق" تأخذ ثلاث درجات. وتقاس البنود العكسية من خلال: ١، ١٠، ١٢، ١٦، ٢٢، ٢٧، ٣١.

حساب الدرجة الكلية وتتحدد درجة المشارك عن طريق حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة عبر بنود القائمة: حيث تبلغ النهاية العظمى على القائمة إجمالاً ٩٣درجة(النهاية الكبرى على مقياس الشدة x عدد البنود = ٣x ٣١= ٩٣ درجة).

[٥] استخبار العجز المكتسب (من إعداد الباحثة)

ويتكون هذا الاستخبار من تسعة وثلاثين(٣٩) بنداً، تكشف عن مدى إدراك الفرد ووعيه بعجزه عند قيامه بواجباته المتوقعة منه، كما يكشف عن مدى شعوره بكونه يتعرض لأحداث لا يستطيع التحكم فيها. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا الاستخبار أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس للشدة يتراوح بين(واحد) و(ثلاث) درجات. أما البنود العكسية المشار إليها بعلامة(❖) في المقياس، فتصحح في الاتجاه العكسي، على النحو السابق إيضاحه في قائمة قلق الموت، وتقاس البنود العكسية من خلال: ٤، ١٠، ١٦، ٢٠، ٢٨، ٣٣، ٣٩.

حساب الدرجة الكلية وتتكون درجة المشارك من حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة؛ حيث تمثل الدرجة العظمى للاستخبار ١١٧درجة(٣x ٣٩= ١١٧ درجة).

[٦] قائمة التشاؤم (من إعداد الباحثة)

وتتكون هذه القائمة من أربعة وثلاثين(٣٤) بنداً، تعكس مدى شعور المريض بالتشاؤم أوباليأس من تحسن الأمور والأوضاع من حوله بسبب ما لديه من مرض، وتتطلب الإجابة عن بنود هذه القائمة أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات. وتصحح البنود العكسية المشار إليها بعلامة(❖) في القائمة في الاتجاه العكسي، وتقاس البنود العكسية من خلال: ٣، ٦، ٩، ١٢، ١٣، ١٦، ٢٠، ٢٤، ٢٦، ٢٩، ٣٤.

حساب الدرجة الكلية وتتحدد درجة المشارك من حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة. حيث تمثل الدرجة العظمى للاستخبار ١٠٢ درجة(٣x ٣٤= ١٠٢ درجة).

[٧] اختبار المفردات (من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين)

ويتكون هذا المقياس من أثنين وأربعين(٤٢) مفردة، بحيث يطلب من المشارك تعريف مفردات مختلفة تتدرج في الصعوبة، ويواصل الفرد تعريفها إلى أن يفشل في تعريف خمس مفردات متتالية، حيث تعطى الدرجة صفر لكل منها، وعندئذ يوقف الاختبار. ومن الضروري تسجيل إجابات المفحوص حرفياً. حساب الدرجة الكلية وتعطي الإجابة عن كل سؤال إما صفر، أونصف درجة أودرجة واحدة حسب درجة التعميم أونوع الإجابة، وتقدر الإجابات في ضوء قواعد ونماذج التصحيح الواردة في ملاحق دليل الإجابة، وتتحدد درجة المشارك من حاصل جمع درجاته على المقياس. حيث تمثل الدرجة العظمى للمقياس ٤٢ درجة(١x ٤٢= ٤٢ درجة).

تقدير الكفاءة القياسية للأدوات

وصف عينة التقنين

اشتملت عينة التقنين على مجموعتين، **المجموعة التجريبية**، وتكونت من(٣٠) مريضاً بأورام المثانة(١٩ من الذكور و١١ من الإناث)، وتراوحت أعمارهم بين ٤٠ - ٦٣ سنة، وتباين المستوى التعليمي لهم فيما بين من لا يقرأ ولا يكتب وحتى حاصل على دبلوم فني ثانوي. كما تراوحت فترة الإصابة بالمرض بين ٣ – ٨٤ شهراً، وتم الحصول على تلك الحالات من عدة مستشفيات هي: مستشفى قصر العيني القديم، ومعهد الأورام التابعان لجامعة القاهرة، ومستشفى عين شمس، ومستشفى التأمين الصحي بالهرم. أما **المجموعة الضابطة**، فشملت(٣٠) من غير المرضى(١٩ من الذكور، و١١ من الإناث)، تراوحت أعمارهم بين ٤٠ – ٦٣ سنة، وتباين المستوى التعليمي لهم فيما بين من لا يقرأ ولا يكتب وحتى حاصل على دبلوم الثانوي الفني.

ولتبيُّن مدى تكافؤ مجموعتي الدراسة على متغيرات الاختبار والاختيار فقد تم حساب قيمة " ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية

المتصلة، وحساب قيمة "كا^{2}" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة، وهذا ما يوضحه الجدولان التاليان:

جدول (٥ - ٤)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة

المتغيرات الديموجرافية	المجموعة التجريبية (ن = ٣٠)		المجموعة الضابطة (ن = ٣٠)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١ـ العمر	٥٢,٣	٦,٥	٥٠,٦	٦,٤	١,٠٢	٠,٣١
٢ـ مستوى الذكاء	٩,٠٣	١,٦	٩,٦	١,٧	- ١,٤٧	٠,١٥

جدول (٥ - ٥)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات المنفصلة

البيانات الديموجرافية	كا^{2}	مستوى الدلالة
٣ـ المستوى التعليمي	١,٥٣	٠,١٣
٤- الإقامة	٠,٢٨	٠,٧٨

ويتضح لنا من الجدولين السابقين أن هناك تكافؤاً إلى حد كبير بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى في المتغيرات التي قد تتدخل في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

إجراءات التقنين

. صدق الأدوات:

اعتمدنا في تقدير صدق بطارية المقاييس على أساليب الصدق الآتية:

١- تقدير صدق المضمون عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين

وأحكامهم على هذا التمثيل. (استخدم هذا النوع من الصدق مع جميع مقاييس بطارية الدراسة)

٢- تقدير **صدق التكوين** من خلال:

أ- حساب نتائج الصدق التقاربي والتمييزي[١]. (استخدم هذا النوع من الصدق مع جميع مقاييس بطارية الدراسة)

ب- حساب الاتساق الداخلي[ℵ]، من خلال حساب ارتباط كل بند بالدرجة على المقياس الفرعي والدرجة على المقياس الكلي. (استخدم هذا النوع من الصدق مع جميع مقاييس بطارية الدراسة)

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

إذا بدأنا **بصدق المضمون**، نجد أن هذا الطراز من الصدق يواجهه سؤال أساسي مؤداه: إلى أي حد تمثل بنود المقياس المجال النفسي الذي يهدف الباحث إلى قياسه؟، وإلى أي حد يعد هذا التمثيل شاملاً لمكونات المجال السلوكي المختلفة على نحو مناسب؟ كما يؤكد خبراء القياس النفسي أنه لا يكفي مجرد فحص بنود الاستخبار للتعرف على ما إذا كانت تؤدي المطلوب أم لا، ولا يكفي فقط توفر تعريف جيد للمجال الذي يقيسه الاستخبار بل يتعين تحليل المجال الكلي إلى عدد من المجالات أوالفئات الفرعية، التي تمثل كل الجوانب الأساسية في المجال، وفحص ما إذا كان هناك عدد مناسب من البنود لقياسها أم لا(صفوت فرج، ١٩٨٩، ص ٢٥٦). وهذا هو ما قمنا به في المرحلة الأولى من تكوين الأدوات، والتي ترتب عليها صياغة البنود في كل اختبار على حدة.

إن تقدير مدى التطابق بين فقرات القياس والمجال الذي يقيسه الاختبار لا يلزم فيه أن يعتمد تقدير هذا النمط من الصدق على مؤشر إحصائي أوعلى تقديرات

---

(١)Convergent and Discriminative Validity□

ℵ معامل الارتباط المقبول فيما يشير كلين ونزنالي (٢٠٠) ، وقد استخدم باحثون آخرون معامل ارتباط أعلى (٠.٣) . وقد اعتمدت الدراسة الراهنة إلى درجة وسطى بين الدرجتين السابقتين (٠٢٥) كحد ادنى للإشارة إلى دلالة البنود التي تم حساب علاقة البند بالدرجة الكلية لها.

كمية محددة، بل يمكن أن يؤسس على أحكام منطقية فقط تستمد من المتخصصين في المجال النفسي((Kline,1993,p.22)، ولذا فقد قمنا بالاستعانة بعدد من المحكمين( ) للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام. وبناء على إطلاع هؤلاء المتخصصين على اختبارات الدراسة، تم إدخال بعض التعديلات التالية:

١- تم إدخال بعض التعديلات في صياغة البنود بصورة تجعلها أكثر وضوحاً ودقة وسهولة في الفهم والاستيعاب.
٢- وتم حذف عدد من البنود المتشابهة، لمنع تكرار الأفكار بصور مختلفة.
٣- وتم تعديل صياغة بعض العناوين الرئيسة للمقاييس الفرعية لاختبار المواجهة، فأصبح مقياس المواجهة الوجدانية بدلاً من التنظيم الانفعالي.
٤- وتم تعديل مستويات الإجابة من المقياس خماسي الدرجات إلى المقياس ثلاثي الدرجات، لتتلاءم مع طبيعة العينة المرضية، ولمنع التشتيت أثناء التطبيق.
٥- ولقد أقر المتخصصون بكفاءة الاختبارات النفسية المصممة، وبوجود اتساق واضح بين مضمون كل اختبار، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها.

وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب(٨٣٪ و١٠٠٪). ومن الملاحظ أن أغلب البنود تم الاتفاق عليها بنسبة ١٠٠٪، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود في كل مقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه، انظر الجداول(٥- ٦) و (٥-٧) و (٥- ٨) و(٥-٩)

قام كل من الأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة ، والأستاذ الدكتور عبد الحليم محمود السيد ، والأستاذ الدكتور صفوت فرج ، والدكتور فؤاد أبو المكارم ، والدكتور أيمن عامر ، والدكتورة الطاهرة المغربي بكلية الآداب . جامعة القاهرة بتحكيم مقاييس الدراسة ، وتنتهز الباحثة الفرصة لتشكرهم جميعاً على ما بذلوه مع الباحثة من جهد مشكور في هذا الصدد.

جدول (٥- ٦)

يوضح نسب الاتفاق على كل بند من بنود المقاييس الفرعية المكونة لاختبار المواجهة

مقياس المواجهة		مقياس التخطيط		مقياس المواجهة الوجدانية		مقياس التنمية الذاتية		مقياس التجنب	
البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق
-٢	٨٣٪	-٤	٨٣٪	-٨٩	١٠٠٪	-٤٩	١٠٠٪	-٥	١٠٠٪
-٦٨	٨٣٪	-٥٩	١٠٠٪	-٥٠	٨٣٪	-٢٦	١٠٠٪	-٥١	١٠٠٪
-٦٢	١٠٠٪	-٣٤	١٠٠٪	-٩١	٨٣٪	-٤٧	١٠٠٪	-١	١٠٠٪
-٨٦	١٠٠٪	-٨١	١٠٠٪	-٤٦	١٠٠٪	-٦٣	١٠٠٪	-٤٢	١٠٠٪
-٥٦	١٠٠٪	-٢٢	١٠٠٪	-٨٥	١٠٠٪	-٦	١٠٠٪	-٨٧	١٠٠٪
-٤٨	٨٣٪	-١٢	١٠٠٪	-٥٨	١٠٠٪	-٧٢	١٠٠٪	-٦٦	١٠٠٪
-٨٣	٨٣٪	-٦٠	١٠٠٪	-٥٢	١٠٠٪	-٨٢	١٠٠٪	-٨٠	١٠٠٪
-٤١	١٠٠٪	-٧	١٠٠٪	-١٨	١٠٠٪	-٣٥	٨٣٪	-٧١	١٠٠٪
-٦٥	١٠٠٪	-١٩	١٠٠٪	-١١	٨٣٪	-٥٧	١٠٠٪	-٧٣	١٠٠٪

تابع جدول (٥- ٦)

مقياس الإفصاح		مقياس الإدراك الإيجابي		مقياس التقبل		مقياس الكبت		مقياس التوجه للدين	
البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق
-٩٨	١٠٠٪	-٢١	١٠٠٪	-٢٥	١٠٠٪	-١٥	٨٣٪	-٣٣	١٠٠٪
-٩٠	١٠٠٪	-٩٣	١٠٠٪	-٧٧	٨٣٪	-٤٥	١٠٠٪	-٨	٨٣٪
-٩٦	١٠٠٪	-٢٩	١٠٠٪	-١٧	١٠٠٪	-٢٠	١٠٠٪	-٧٤	١٠٠٪١٠٠٪١٠٠٪١٠٠٪١٠٠٪١٠٠٪
-٤٣	١٠٠٪	-٣٠	١٠٠٪	-١٦	١٠٠٪	-٢٧	١٠٠٪	-٩٥	١٠٠٪
-٩٢	٨٣٪	-٦٤	٨٣٪	-٩٩	١٠٠٪	-٤٤	١٠٠٪	-٣٩	
-٧٥	١٠٠٪	-٨٤	١٠٠٪	-٢٣	٨٣٪	-٦٩	١٠٠٪	-٦١	
-٢٨	١٠٠٪	-٥٥	١٠٠٪	-٧٩	١٠٠٪	-٦٧	١٠٠٪	-١٣	
-٩٧	١٠٠٪	-٣٢	١٠٠٪	-٥٣	١٠٠٪	-١٤	١٠٠٪	-٩	
-٣١	١٠٠٪	-٧٠	١٠٠٪	-٥٤	١٠٠٪	-٧٦	١٠٠٪	-٣٨	

تابع جدول (٥- ٦)

مقياس الإنكار	
البنود	نسب الاتفاق
٣٦-	١٠٠٪
٣-	١٠٠٪
١٠-	١٠٠٪
٩٤-	٨٣٪
٧٨-	١٠٠٪
٤٠-	١٠٠٪
٣٧-	١٠٠٪
٢٤-	١٠٠٪
٨٨-	١٠٠٪

جدول (٥- ٧)

يوضح نسب الاتفاق على كل بند من بنود المقاييس الفرعية المكونة في المساندة

مقياس المساندة الاجتماعية		مقياس المساندة التوقيرية		مقياس المساندة المعلوماتية		مقياس المساندة الأدائية		مقياس المساندة الوجدانية	
البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق
٣٧-	١٠٠٪	٣٦-	١٠٠٪	٢١-	١٠٠٪	٣٣-	١٠٠٪	٥-	١٠٠٪
٣٢-	١٠٠٪	٨-	١٠٠٪	٣١-	١٠٠٪	١-	١٠٠٪	٢٥-	١٠٠٪
١٠-	١٠٠٪	٣٠-	١٠٠٪	٢٤-	١٠٠٪	٤٩-	١٠٠٪	٣٥-	١٠٠٪
١١-	١٠٠٪	٢٨-	١٠٠٪	٧-	١٠٠٪	١٩-	١٠٠٪	٥٠-	١٠٠٪
٣٨-	١٠٠٪	١٨-	١٠٠٪	١٧-	١٠٠٪	٢٠-	١٠٠٪	٤٣-	١٠٠٪
٢٣-	١٠٠٪	٣٤-	١٠٠٪	٤٦-	١٠٠٪	٤٢-	١٠٠٪	٤٠-	١٠٠٪
١٣-	١٠٠٪	٣-	١٠٠٪	٢٩-	١٠٠٪	١٥-	١٠٠٪	٢٦-	١٠٠٪
٤٨-	١٠٠٪	٢-	١٠٠٪	٤-	١٠٠٪	٣٩-	١٠٠٪	٤٧-	١٠٠٪
٤٤-	١٠٠٪	٢٢-	١٠٠٪	١٢-	١٠٠٪	١٦-	١٠٠٪	٦-	١٠٠٪
٢٧-	١٠٠٪	٤١-	١٠٠٪	١٤-	١٠٠٪	٩-	١٠٠٪	٤٥-	١٠٠٪

جدول (٥- ٨)

يوضح نسب الاتفاق على كل بند من بنود المقاييس الفرعية المكونة في المشقة النفسية

مقياس الأعراض		مقياس العلاج		مقياس المصادر المادية		مقياس المصادر الاجتماعية		مقياس المصادر النفسية	
البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق
٥٤-	١٠٠٪	٧٥-	١٠٠٪	١٦-	١٠٠٪	٢١-	١٠٠٪	٣٠-	١٠٠٪
٨٠-	١٠٠٪	٤٧-	١٠٠٪	٦٩-	١٠٠٪	٥٠-	١٠٠٪	٥٨-	١٠٠٪
٣٣-	١٠٠٪	٢٠-	١٠٠٪	١٨-	١٠٠٪	٦٨-	١٠٠٪	١٩-	١٠٠٪
٦-	١٠٠٪	٢٨-	١٠٠٪	٢٣-	٨٣٪	٤١-	١٠٠٪	٦٧-	١٠٠٪
٦٠-	١٠٠٪	٦٥-	١٠٠٪	١١-	١٠٠٪	٧٧-	١٠٠٪	٦٢-	١٠٠٪
١٧-	١٠٠٪	٣٨-	١٠٠٪	٢٤-	١٠٠٪	٥٧-	٨٣٪	٣٢-	١٠٠٪
٦٦-	١٠٠٪	٧١-	١٠٠٪	٣٥-	١٠٠٪	٧٢-	٨٣٪	٦٤-	١٠٠٪
٧٦-	١٠٠٪	٦١-	١٠٠٪	٤٨-	١٠٠٪	٧٩-	٨٣٪	٤-	١٠٠٪
٧٨-	١٠٠٪	١٥-	١٠٠٪	٥٩-	٨٣٪	٨٢-	١٠٠٪	٧٤-	١٠٠٪
٤٢-	١٠٠٪	٥٦-	٨٣٪	٧٣-	٨٣٪	٣٩-	١٠٠٪	٢٢-	١٠٠٪
١٠-	١٠٠٪	٤٠-	١٠٠٪			١-	١٠٠٪	١٣-	١٠٠٪
٣-	١٠٠٪	٢٥-	١٠٠٪			٤٣-	١٠٠٪	٨١-	١٠٠٪
٨-	١٠٠٪	٢-	١٠٠٪			٥٥-	١٠٠٪	٤٩-	١٠٠٪
٥١-	١٠٠٪					٥-	١٠٠٪	٥٢-	١٠٠٪
١٤-	١٠٠٪					٤٤-	١٠٠٪	٤٦-	١٠٠٪
٢٦-	١٠٠٪					٩-	١٠٠٪	٣٦-	١٠٠٪
٤٥-	١٠٠٪					٢٧-	١٠٠٪	٦٣-	١٠٠٪
٣١-	١٠٠٪					٣٤-	١٠٠٪	٢٩-	١٠٠٪
١٢-	١٠٠٪					٧-	١٠٠٪	٣٧-	١٠٠٪
٧٠-	١٠٠٪							٥٣-	١٠٠٪

جدول (٥- ٩)

يوضح نسب الاتفاق على كل بند من بنود مقياس التشاؤم، ومقياس قلق الموت، ومقياس العجز المكتسب

مقياس التشاؤم				مقياس قلق الموت				مقياس العجز المكتسب			
البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق	البنود	نسب الاتفاق
١	٪١٠٠	٢١	٪٨٣	١	٪١٠٠	٢١	٪١٠٠	١	٪١٠٠	٢١	٪١٠٠
٢	٪١٠٠	٢٢	٪١٠٠	٢	٪١٠٠	٢٢	٪١٠٠	٢	٪١٠٠	٢٢	٪١٠٠
٣	٪١٠٠	٢٣	٪١٠٠	٣	٪١٠٠	٢٣	٪١٠٠	٣	٪١٠٠	٢٣	٪١٠٠
٤	٪١٠٠	٢٤	٪١٠٠	٤	٪١٠٠	٢٤	٪١٠٠	٤	٪١٠٠	٢٤	٪١٠٠
٥	٪١٠٠	٢٥	٪١٠٠	٥	٪١٠٠	٢٥	٪١٠٠	٥	٪١٠٠	٢٥	٪١٠٠
٦	٪١٠٠	٢٦	٪١٠٠	٦	٪١٠٠	٢٦	٪١٠٠	٦	٪١٠٠	٢٦	٪١٠٠
٧	٪١٠٠	٢٧	٪١٠٠	٧	٪١٠٠	٢٧	٪١٠٠	٧	٪١٠٠	٢٧	٪١٠٠
٨	٪١٠٠	٢٨	٪١٠٠	٨	٪١٠٠	٢٨	٪١٠٠	٨	٪١٠٠	٢٨	٪١٠٠
٩	٪١٠٠	٢٩	٪١٠٠	٩	٪١٠٠	٢٩	٪١٠٠	٩	٪٨٣	٢٩	٪١٠٠
١٠	٪١٠٠	٣٠	٪١٠٠	١٠	٪١٠٠	٣٠	٪١٠٠	١٠	٪١٠٠	٣٠	٪١٠٠
١١	٪١٠٠	٣١	٪١٠٠	١١	٪١٠٠	٣١	٪١٠٠	١١	٪١٠٠	٣١	٪١٠٠
١٢	٪١٠٠	٣٢	٪١٠٠	١٢	٪١٠٠			١٢	٪١٠٠	٣٢	٪١٠٠
١٣	٪١٠٠	٣٣	٪١٠٠	١٣	٪١٠٠			١٣	٪١٠٠	٣٣	٪١٠٠
١٤	٪٨٣	٣٤	٪١٠٠	١٤	٪١٠٠			١٤	٪١٠٠	٣٤	٪١٠٠
١٥	٪١٠٠			١٥	٪١٠٠			١٥	٪١٠٠	٣٥	٪٨٣
١٦	٪١٠٠			١٦	٪١٠٠			١٦	٪١٠٠	٣٦	٪١٠٠
١٧	٪١٠٠			١٧	٪١٠٠			١٧	٪١٠٠	٣٧	٪١٠٠
١٨	٪١٠٠			١٨	٪١٠٠			١٨	٪٨٣	٣٨	٪١٠٠
١٩	٪١٠٠			١٩	٪١٠٠			١٩	٪١٠٠	٣٩	٪١٠٠
٢٠	٪١٠٠			٢٠	٪١٠٠			٢٠	٪١٠٠		

وإذا انتقلنا إلى **صدق التكوين**، نجد أننا بمناقشتنا السابقة لصدق مضمون الاختبارات قد قطعنا خطوة للأمام في اتجاه التحقق من صدق تكوين المقياس، فكما يرى بعض خبراء القياس أن دراسة صدق محتوى المقياس توفر شواهد وأدلة حول التكوين الفرضي الذي يقيسه المقياس، ذلك لأن عملية تحديد المحتوى

أوالمجال النفسي . الذي يعد المقياس عينة ممثلة له . تساعد في تحديد طبيعة التكوين الفرضي الذي تقيسه مفرداته، وهو ما أكدته "أنستازى" Anastasi بقولها أنه لا توجد أية معلومة تتعلق بصدق الأداة إلا ولها إسهام في تقدير صدق التكوين .((Anastasi,1990,p.153

وقد استخدمت عدة طرائق أخرى لتقدير صدق تكوين اختبارات الدراسة منها:

- **الطريقة الأولى: وهي حساب الصدق التمييزي والتقاربي للاختبارات الأساسية المستخدمة في الدراسة الراهنة على عينة المجموعة التجريبية(مجموعة مرضى** أورام المثانة، ن=٣٠) وعلى عينة المجموعة الضابطة (مجموعة غير المرضى، ن =٣٠)، كل مجموعة على حدة، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين الاختبارات وبعضها بعضاً، ويوضح الجدولان (٥ -١٠) و(٥- ١١) تلك المعاملات.

جدول (٥ - ١٠)

يوضح معاملات الصدق التمييزي والتقاربي للاختبارات النفسية عند المجموعة التجريبية (ن = ٣٠)

المقاييس	١	٢	٣	٤	٥	٦
١- المواجهة	١					
٢ - المساندة	٠,٥٩٦**	١				
٣- المشقة النفسية	-٠,١٩٨	-٠,٢٠٣	١			
٤- العجز المكتسب	-٠,١٣٠	-٠,٣٣٦*	٠,٣٩٦*	١		
٥- قلق الموت	٠,٠٧٤	-٠,٠٩٩	٠,٧٤٤**	٠,٦٣١**	١	
٦ - التشاؤم	-٠,٤٠٥*	-٠,٤٢٩*	٠,٥٠٠**	٠,٨٣٥**	٠,٦١٦**	١

جدول (٥- ١١)

يوضح معاملات الصدق التمييزي والتقاربي للاختبارات النفسية عند المجموعة الضابطة(ن = ٣٠)

المقاييس	١	٢	٣	٤	٥	٦
١- المواجهة	١					
٢ - المساندة	٠,٤٠٢*	١				
٣- المشقة النفسية	-٠,١٤٤	٠,٢٠٥	١			

٤- العجز المكتسب	٠,٢٥١	٠,٠٧٨	٠,٠٤٠-	١		
٥- قلق الموت	٠,١٠٥	٠,١٠٦-	٠,٢٤١-	٠,١٣٣	١	
٦ - التشاؤم	٠,١٢٩-	٠,٠٧٢-	٠,٠٠٦-	٠,٣٥٨	٠,٢٤٢	١

- تشير العلامة (*) إلى أن قيمة (معامل الارتباط) دالة فيما وراء ٠.٠٥
- والعلامة (**) إلى أن قيمة (معامل الارتباط) دالة فيما وراء ٠.٠١

يتضح لنا من الجدولين السابقين عدة دلائل على الصدق التمييزي والتقاربي للاختبارات . تتفق مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناء على الدراسات النظرية السابقة . كالتالي:

١- اختلاف معاملات الارتباط بين الاختبارات النفسية لدى كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وهو محك للصدق التمييزي بين مجموعتين متعارضتين.

٢- ارتبط اختبار المواجهة ارتباطاً إيجابياً مع اختبار المساندة سواء لدى المجموعة التجريبية أم المجموعة الضابطة، وهذا يتفق مع التصور النظري للمواجهة وللمساندة بأنهما يتقاسمان هدفاً واحداً، إلا وهو خفض المشقة عند المرضى و غير المرضى كل على حدة.

٣- ارتباط اختبار المشقة ارتباطاً إيجابياً مع كل من اختبار قلق الموت، والتشاؤم، والعجز المكتسب (وهذا الارتباط يتفق مع النموذج النظري المطروح في الفصل الثالث لتصور العلاقات بين هذه المتغيرات لدى المرضى).

٤- وجدت علاقة ضعيفة بين اختبار المواجهة من ناحية، وبكل من مقياس المشقة النفسية، والعجز المكتسب، وقلق الموت سواء لدى المجموعة التجريبية أم المجموعة الضابطة؛ في حين ارتبط سلبياً مع اختبار التشاؤم لدى المجموعة التجريبية.

٥- وجدت علاقة ضعيفة بين اختبار المساندة من ناحية، وبكل من مقياس المشقة النفسية، وقلق الموت سواء لدى المجموعة التجريبية أم المجموعة الضابطة؛ في

حين ارتبط سلبياً مع كل من اختبار العجز المكتسب واختبار التشاؤم لدى المجموعة التجريبية.

- الطريقة الثانية: اعتمدت على تقدير الاتساق الداخلي من خلال حساب ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الفرعي، والدرجة المجمعة على المقياس الكلي، ولتقدير الاتساق الداخلي لاختبارات الدراسة حُسب الارتباط بين كل بند على حدة والدرجة الكلية على المقياس الفرعي، وعلى المقياس الكلي، عند المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ويمكن الرجوع إلى الملحق(١) للكشف عن نتائج هذا التحليل قبل حذف البنود منخفضة الدلالة، والتي انخفضت عن المحك التي اعتمدت عليه الدراسة الراهنة، وهو(٠.٢٥)، ونكتفي بعرض هذه الارتباطات بعد الحذف، ونوضح ذلك من خلال الجداول التالية من(٥- ١٢) إلى(٥- ٢٣):

جدول(٥- ١٢)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية لاستخبار المواجهة لدى المجموعة التجريبية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

مقياس المواجهة		مقياس التخطيط		مقياس الإفصاح		مقياس التنمية الذاتية	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٦٨	٠,٦٤	٤	٠,٧١	٩٨	٠,٦٨	٤٩	٠,٧٩
٦٢	٠,٦٩	٥٩	٠,٦٣	٩٠	٠,٧٠	٧٢	٠,٩٢
٨٦	٠,٤١	٣٤	٠,٤٦	٩٦	٠,٧٧	٥٧	٠,٩٢
٥٦	٠,٥٢	٨١	٠,٨٩	٤٣	٠,٤٣	٢٦	٠,٩٢
٤٨	٠,٥٦	٢٢	٠,٥٧	٩٢	٠,٦٧	٤٧	٠,٨٦
٨٣	٠,٣٢	١٢	٠,٨٩	٧٥	٠,٦٥	٦٣	٠,٧٤
٤١	٠,٤٨	٧	٠,٥٥	٢٨	٠,٤٣	٦	٠,٦٢
٦٥	٠,٤١	١٩	٠,٧٥	٩٧	٠,٢٨	٨٢	٠,٧٢
				٣١	٠,٦٦	٣٥	٠,٦١

تابع جدول(٥- ١٢)

مقياس التجنب		مقياس الإدراك الإيجابي		مقياس التقبل	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس لفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٥	٠,٥٢	٢١	٠,١٠	٢٥	٠,٥٨
١	٠,٣٤	٩٣	٠,٧٨	٧٧	٠,٢٤
٤٢	٠,٥٣	٣٠	٠,٧٨	١٧	٠,٢٨
٨٧	-٠,٠٦	٦٤	٠,٧٩	١٦	٠,٢٣
٦٦	٠,٠٥	٥٥	٠,٨٠	٩٩	٠,٣٦
٨٠	٠,٢٣	٣٢	٠,٧٣	٢٣	٠,٥٠
٧١	٠,٢٩			٧٩	٠,٣١
٧٣	٠,٢٧			٥٣	٠,٢٥

تابع جدول (٥- ١٢)

مقياس الكبت		مقياس التوجه للدين		مقياس الإنكار	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
١٥	٠,١٣	٨	٠,٣٥	٣٦	٠,١٧
٤٥	٠,٣٦	٧٤	٠,٥٩	١٠	٠,٤١
٢٧	٠,٣٣	٩٥	٠,٧٨	٧٨	٠,٤١
٤٤	٠,٤٦	٦١	٠,٦١	٣٧	٠,٣٩
٦٩	٠,٢٠	١٣	٠,٢٩		
٦٧	٠,١٢	٩	-٠,٠١		
١٤	٠,٤٤	٣٨	٠,٨٠		
٧٦	٠,٤٤				

جدول (٥- ١٣)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية لاستخبار المواجهة لدى المجموعة الضابطة بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

مقياس المواجهة		مقياس التخطيط		مقياس الإفصاح		مقياس التنمية الذاتية	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٦٨	٠,٠٥	٤	٠,٥٤	٩٨	٠,٦٣	٤٩	٠,٦٨
٦٢	٠,٢٨	٥٩	٠,٤٨	٩٠	٠,٥٧	٢٦	٠,٣١
٨٦	٠,٥٠	٣٤	٠,٤٦	٩٦	٠,٢٣	٤٧	٠,٦٧
٥٦	٠,١٨	٨١	٠,٠٢	٤٣	٠,٥٠	٦٣	٠,٧٣
٤٨	٠,٤٧	٢٢	٠,٥٤	٩٢	٠,٣٢	٦	٠,٣٢
٨٣	٠,٢٨	١٢	٠,٥٤	٧٥	٠,٥١	٧٢	٠,٥٦
٤١	٠,٢١	٧	٠,٥٧	٢٨	٠,٣٥	٨٢	٠,٥١
٦٥	٠,٢٢	١٩	٠,١٢	٩٧	٠,٦٦	٣٥	٠,٢٨
				٣١	٠,٦٧	٥٧	٠,٥٤

تابع جدول (٥- ١٣)

مقياس التجنب		مقياس الإدراك الإيجابي		مقياس التقبل	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٥	٠,١٧	٢١	٠,٢٦	٢٥	٠,٣٨
١	٠,٣٣	٩٣	٠,١٠	٧٧	٠,٤٥
٤٢	٠,١٩-	٣٠	٠,٦٥	١٧	٠,٢٣
٨٧	٠,٤٤-	٦٤	٠,١٩	١٦	٠,٣٤
٦٦	٠,٣٥	٥٥	٠,٣٥	٩٩	٠,١٣
٨٠	٠,١٧	٣٢	٠,٥٩	٢٣	٠,٤٨
٧١	٠,٠٦			٧٩	٠,١٤
٧٣	٠,٢٠			٥٣	٠,٠١

تابع جدول (٥- ١٣)

مقياس الكبت		مقياس التوجه للدين		مقياس الإنكار	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
١٥	٠,٦١	٨	٠,٢٣	٣٦	٠,٤٧
٤٥	٠,٤٧	٧٤	٠,١٣	١٠	٠,١٨
٢٧	٠,٥٦	٩٥	٠,٥٧	٧٨	٠,٤٧
٤٤	٠,٥٠	٦١	٠,٤٠	٣٧	٠,١٣
٦٩	٠,٣٧	١٣	٠,١٢		
٦٧	٠,٤٦	٩	٠,٣٦		
١٤	٠,٦٥	٣٨	٠,٤٤		
٧٦	٠,٠١-				

جدول (٥ - ١٤)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية لاستخبار المساندة لدى المجموعة التجريبية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

مقياس المساندة الاجتماعية		مقياس المساندة التوقيرية		مقياس المساندة المعلوماتية		مقياس المساندة الأدائية		مقياس المساندة الوجدانية	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٣٧	٠,٥١	٣٦	٠,٦٠	٢١	٠,٧٣	٣٣	٠,٥٠	٥	٠,٤١
٣٢	٠,٣٢	٨	٠,٧٧	٣١	٠,٢٩	١	٠,٤٤	٢٥	٠,٢٥
١٠	٠,٦١	٣٠	٠,٤٥	٢٤	٠,٥٢	٤٩	٠,٤٦	٣٥	٠,١٤
١١	٠,٥٩	٢٨	٠,٧١	٧	٠,٣٢	١٩	٠,٣٨	٥٠	٠,٢٠

٣٨	٠,٠٩	١٨	٠,٦٩	١٧	٠,١٩	٢٠	٠,٢٢	٤٣	٠,١٨
٢٣	٠,٤٣	٣٤	٠,٦١	٤٦	٠,٢٠	٤٢	٠,٤٥	٤٠	٠,٤٩
١٣	٠,٣٢	٣	٠,٧٧	٢٩	٠,٧٩	١٥	٠,٥٧	٢٦	٠,٦٧
٤٨	٠,٢٢	٢	٠,٥٥	٤	٠,٥٩	٣٩	٠,٣٦	٤٧	٠,٢٨
٤٤	٠,٢٨	٢٢	٠,٣٥	١٢	٠,٤١	١٦	٠,٢٩	٦	٠,٠٩
٢٧	٠,٣٣	٤١	٠,٦٥	١٤	٠,٧٠	٩	٠,٥١	٤٥	٠,٣٠

جدول (٥ - ١٥)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية لاستخبار المساندة لدى المجموعة الضابطة بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

مقياس المساندة الاجتماعية		مقياس المساندة التوقيرية		مقياس المساندة المعلوماتية		مقياس المساندة الأدائية		مقياس المساندة الوجدانية	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٣٧	٠,٥٤	٣٦	٠,٦٢	٢١	٠,٣٤	٣٣	٠,٤٩	٥	٠,٧٣
٣٢	٠,٥٠	٨	٠,٣٠	٣١	٠,٧٧	١	٠,٤٩	٢٥	٠,٦٣
١٠	٠,١٩	٣٠	٠,٦٩	٢٤	٠,١١	٤٩	٠,٦٩	٣٥	٠,٨٠
١١	٠,٥١	٢٨	٠,٤٦	٧	٠,٣٥	١٩	٠,٣١	٥٠	٠,٧٩
٣٨	٠,٥٠	١٨	٠,٤٠	١٧	٠,٦٤	٢٠	٠,٣٤	٤٣	٠,٦٤
٢٣	٠,٨٧	٣٤	٠,٦١	٤٦	٠,٤٢	٤٢	٠,٥٧	٤٠	٠,٧٧
١٣	٠,٥٧	٣	٠,٧٠	٢٩	٠,٧٣	١٥	٠,٠٦	٢٦	٠,٥٦
٤٨	٠,٢٥	٢	٠,٤٤	٤	٠,٤٣	٣٩	٠,٣٨	٤٧	٠,٦١
٤٤	٠,٢٥	٢٢	٠,٦٤	١٢	٠,٣٨	١٦	٠,٦١	٦	٠,٥١
٢٧	٠,٤٥	٤١	٠,٧٥	١٤	٠,٢٩	٩	٠,٢١	٤٥	٠,٤٩

جدول (٥ – ١٦)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية لاستخبار المشقة النفسية لدي المجموعة التجريبية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

مقياس الأعراض		مقياس العلاج		مقياس المصادر المادية		مقياس المصادر الاجتماعية		مقياس المصادر النفسية	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
-٥٤	٠,٢١-	-٧٥	٠,٢٣	-١٦	٠,٥٧	-٥٠	٠,١٧-	-٥٨	٠,٥٣
-٣٣	٠,٤٢	-٤٧	٠,٦٨	-٦٩	٠,٥٩	-٧٧	٠,٠٣-	-٦٢	٠,٤٠
-٦٠	٠,٣٠	-٢٠	٠,٠٥	-١٨	٠,٦٤	-٣٩	٠,١٣	-٦٤	٠,٥١
-١٧	٠,٠٧	-٢٨	٠,٥٦	-٢٣	٠,٠٢	-١	٠,٣٨	-٧٤	٠,٥٨
-٦٦	٠,٢٦	-٧١	٠,٤٠-	-١١	٠,٦٤	-٤٣	٠,٥٦	-٨١	٠,٥٠-
-٧٦	٠,١١	-٦١	٠,١٧	-٢٤	٠,٤٣	-٥٥	٠,٥٣	-٤٦	٠,٢٨
-١٠	٠,٢٥	-١٥	٠,٤٨	-٣٥	٠,٦٦	-٤٤	٠,٣٢	-٣٦	٠,٤٦
-٣	٠,٣١	-٥٦	٠,٧٦	-٤٨	٠,٧٤	-٩	٠,٢٦	-٦٣	٠,٤٦
-٨	٠,٢٢	-٤٠	٠,٤٢	-٥٩	٠,٢٧	-٧	٠,٣٨	-٢٩	٠,٢٦
-١٤	٠,٤٦	-٢٥	٠,٥٢	-٧٣	٠,٦٨			-٥٣	٠,٠٢-
-٢٦	٠,٣٢								
-٤٥	٠,٢٦								
-٣١	٠,٢٩-								
-١٢	٠,٤٣								

جدول (٥ – ١٧)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على المقاييس الفرعية لاستخبار المشقة النفسية لدي المجموعة الضابطة بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

مقياس الأعراض		مقياس العلاج		مقياس المصادر المادية		مقياس المصادر الاجتماعية		مقياس المصادر النفسية	
البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس لفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس الفرعي
٥٤-	٠,٣١	٧٥-	٠,٤٠	١٦-	٠,٣٩	٥٠-	٠,٦٥	٥٨-	٠,٠٩-
٣٣-	٠,٤٥	٤٧-	٠,٢٩	٦٩-	٠,١٨	٧٧-	٠,٣٢	٦٢-	صفر
٦٠-	٠,٢٨	٢٠-	٠,٣٧	١٨-	٠,٤٨	٣٩-	٠,٦٥	٦٤-	صفر
١٧-	٠,٣٢-	٢٨-	٠,٣٧	٢٣-	٠,٤٧	١-	٠,٥١	٧٤-	صفر
٦٦-	٠,٥٠	٧١-	صفر	١١-	٠,٤١	٤٣-	٠,٧٣	٨١-	٠,١٢-
٧٦-	٠,٦٦	٦١-	٠,٥٢	٢٤-	٠,٣٧	٥٥-	٠,٣٦	٤٦-	٠,١١
١٠-	٠,٢٧	١٥-	٠,٧٥	٣٥-	٠,٧٤	٤٤-	٠,٤٠	٣٦-	٠,٠٩-
٣-	٠,٣٠	٥٦-	٠,٢٩	٤٨-	٠,٧٤	٩-	٠,٥٩	٦٣-	صفر
٨-	٠,٥٧	٤٠-	صفر	٥٩-	٠,٠٦-	٧-	صفر	٢٩-	صفر
١٤-	٠,٥٢	٢٥-	٠,٣٦	٧٣-	٠,٥٣			٥٣-	٠,١٧
٢٦-	٠,٦٨								
٤٥-	٠,٥٠								
٣١-	٠,٢٤								
١٢-	٠,٥٧								

جدول (٥ – ١٨)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على قائمة قلق الموت لدى المجموعة التجريبية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية
١	٠,٥٣	١٢	٠,٧١	٢٢	٠,٥٨
٢	٠,٤٥	١٣	٠,٤٤	٢٤	٠,٥٦
٣	٠,٣١	١٤	٠,٥٩	٢٥	٠,٥٢
٤	٠,٥٥	١٥	٠,٥١	٢٦	٠,٥٣
٥	٠,٦٠	١٦	٠,٢٩-	٢٧	٠,٦٩
٦	٠,٨٠	١٧	٠,٠٨-	٢٨	٠,٥٦
٧	٠,٣٣	١٨	٠,٢٣	٢٩	٠,٧٩
٨	٠,٠٢	١٩	٠,٧٠	٣٠	٠,٥٩
٩	٠,٢٩	٢٠	٠,٣٠	٣١	٠,٤٥
١١	٠,٢٠	٢١	٠,٥٨		

جدول (٥ - ١٩)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على قائمة قلق الموت لدى المجموعة الضابطة بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية
١	٠,١٢	١٢	٠,٤٨	٢٢	٠,٠٤
٢	٠,٦٤	١٣	٠,٠٩-	٢٤	٠,٣٠
٣	٠,٣٣	١٤	٠,٤٩-	٢٥	٠,٥٠
٤	٠,٠٩	١٥	٠,٠٢٨-	٢٦	٠,٦٣
٥	٠,٤٥	١٦	٠,٣١-	٢٧	٠,٥٩
٦	صفر	١٧	٠,٣٠	٢٨	٠,٥٩
٧	٠,٠٧	١٨	٠,٢٩-	٢٩	٠,٥٣
٨	٠,٥٥	١٩	٠,٥٣	٣٠	٠,٥٥
٩	٠,٤٦	٢٠	٠,٤٥	٣١	٠,١٨
١١	٠,٤٩	٢١	٠,٢٠		

جدول (٥ — ٢٠)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على استخبار العجز المكتسب لدى المجموعة التجريبية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

البنود	ن العينة = ٣٠	البنود	ن العينة = ٣٠	البنود	ن العينة = ٣٠
	ارتباط كل بند بالدرجة الكلية		ارتباط كل بند بالدرجة الكلية		ارتباط كل بند بالدرجة الكلية
١	٠,٤٩	١٦	٠,٦١	٣٠	٠,٧١
٢	٠,٦٣	١٧	٠,٥٥	٣١	٠,٥٦
٤	٠,٣٩	١٨	٠,٧٠	٣٢	٠,٧٦
٥	٠,٦٥	١٩	٠,٣٨	٣٣	٠,٢٧
٦	٠,٥٨	٢١	٠,٦٦	٣٤	٠,٦٨
٧	٠,٥٥	٢٢	٠,٥٨	٣٥	٠,٧٣
٨	٠,٥٨	٢٣	٠,٦١	٣٦	٠,٥١
٩	٠,٤١	٢٤	٠,٧٠	٣٧	٠,٦٥
١٠	٠,٣٢	٢٥	٠,٨٠	٣٨	٠,٧٠
١١	٠,٦٢	٢٦	٠,٣٤	٣٩	٠,٤٩
١٢	٠,٥٧	٢٧	٠,٠٧		
١٤	٠,٦٨	٢٨	٠,٣٠-		
١٥	٠,٦٦	٢٩	٠,٧٧		

جدول (٥ – ٢١)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على استخبار العجز المكتسب لدى المجموعة الضابطة بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية
١	٠,٣١	١٦	٠,٢٦-	٣٠	٠,٦٦
٢	٠,٥٠	١٧	٠,١٦	٣١	٠,٥٧
٤	٠,٣٥	١٨	٠,٣٠	٣٢	٠,٢١-
٥	٠,٢٩	١٩	٠,٠٦	٣٣	٠,٦٧
٦	٠,٤٣	٢١	٠,٠٣	٣٤	صفر
٧	٠,٣٧	٢٢	٠,٦٠	٣٥	٠,٣٣
٨	٠,٢٢	٢٣	٠,٥٧	٣٦	٠,٧٣
٩	٠,٢٥	٢٤	٠,٠٣-	٣٧	صفر
١٠	٠,٠٤	٢٥	٠,٣٤	٣٨	٠,٠٥
١١	٠,٠٣	٢٦	٠,٤٨	٣٩	٠,٠١
١٢	٠,٣١	٢٧	٠,٤٧		
١٤	٠,٠٨	٢٨	٠,٢٩		
١٥	٠,٢٧	٢٩	٠,٠١-		

جدول(٥ – ٢٢)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على قائمة التشاؤم لدى المجموعة التجريبية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

البنود	ن العينة = ٣٠	البنود	ن العينة =٣٠	البنود	ن العينة = ٣٠
	ارتباط كل بند بالدرجة الكلية		ارتباط كل بند بالدرجة الكلية		ارتباط كل بند بالدرجة الكلية
١	٠,٧٨	١٣	-٠,٠٦	٢٥	٠,٦٦
٢	٠,٦٤	١٤	٠,٧٠	٢٦	٠,٦٧
٣	٠,٥٤	١٥	٠,٤٢	٢٧	٠,٦٧
٤	٠,٧٦	١٦	٠,٢٨	٢٨	٠,٣١
٥	٠,٥٧	١٧	٠,٦٢	٢٩	٠,٦٣
٦	٠,٥٩	١٨	٠,٧٠	٣٠	٠,٨٥
٧	٠,٦٤	١٩	٠,٣٦	٣١	٠,٨٦
٨	٠,٧٣	٢٠	٠,٨٠	٣٢	٠,٦٨
٩	٠,٥٢	٢١	٠,٦٤		
١٠	٠,٥٦	٢٢	٠,٧٢		
١١	٠,٤١	٢٣	٠,٣٦		
١٢	٠,٣٥	٢٤	٠,٨٣		

جدول(٥ – ٢٣)

ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على قائمة التشاؤم لدى المجموعة الضابطة بعد حذف البنود منخفضة الدلالة

البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة =٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية	البنود	ن العينة = ٣٠ ارتباط كل بند بالدرجة الكلية
١	صفر	١٣	٠,٣٧	٢٥	٠,٢٧
٢	٠,٦٠	١٤	٠,٦١	٢٦	٠,٥٦
٣	٠,٤٣	١٥	٠,١٠-	٢٧	٠,٦٩
٤	٠,٠٢	١٦	٠,٣٩	٢٨	٠,٤٣
٥	٠,٠٥	١٧	٠,٥٠	٢٩	٠,٧٧
٦	٠,٣٢	١٨	٠,٧٣	٣٠	٠,٤٨
٧	٠,٤٢	١٩	٠,٣٧	٣١	٠,٧٧
٨	٠,٤٥	٢٠	٠,٦٠	٣٢	٠,٥٤
٩	٠,٥٦	٢١	٠,٦٩		
١٠	٠,٠٢-	٢٢	٠,٦٥		
١١	٠,٢٤	٢٣	٠,٣٥		
١٢	٠,٥٦	٢٤	٠,٦٤		

ومن استعراض الجداول السابقة نجد أن هناك تفاوتاً في قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة على كل من المقاييس الفرعية أوالمقياس الكلي، وقد تم حذف كل البنود التي قل ارتباطها بالدرجة الكلية عن(٠,٢٥)، وهو معامل الارتباط الذي اتخذناه حداً أدنى لقبول أي بند من البنود.

كما توضح المقارنة بين الجداول الخاصة بارتباط البند بالدرجة الكلية قبل الحذف(في الملحق ١) والجداول الخاصة بارتباط البند بالدرجة الكلية بعد الحذف (١٢ –٢٣) ارتفاع معاملات الدلالة بشكل ملحوظ.

كما تم حذف عدد من البنود التي انخفض معامل ارتباطها بالدرجة الكلية، وبالتالي انخفض عدد البنود في اختبار المواجهة من ٩٩ بنداً إلى ٧٥ بنداً، وفي اختبار المشقة النفسية أصبحت عدد البنود بعد الحذف ٥٣ بنداً بعد أن كان ٨٢ بنداً،

وانخفض العدد في اختبار قلق الموت من ٣١ بنداً إلى ٢٩ بنداً، وفي اختبار التشاؤم من ٣٤ بنداً إلى ٣٢ بنداً، واختبار العجز أصبح ٣٦ بنداً بدلا من ٣٩ بنداً، أما اختبار المساندة، فكانت بنوده كلها مرتفعة الدلالة، وبالتالي لم يحذف أي بند منه، وبالتالي يتكون من ٥٠ بنداً.

ثبات الاختبارات النفسية:

يشير مفهوم الثبات إلى اتساق الاختبار فيما يقدمه من معلومات عبر الزمن وعبر البنود وعبر الأشخاص، إذا ما أعيد تطبيقه على نفس مجموعة الأفراد في ظروف متشابهة (Kapline & Saccuzzo,2001,p.119). وبالرغم من مراعاة الباحثين لكثير من الظروف المنهجية حتى يخفضوا من تباين الخطأ، ويرفعوا من معاملات ثبات درجات الاختبار - في ظل أفضل ظروف للتطبيق - فإن درجة الاختبار لا تصل إلى الثبات التام (Anastasi,1990,p.102). وقد تم حساب الثبات لجميع اختبارات الدراسة الراهنة المصممة، من خلال طريقتين هما:

١- حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ.

٢- والقسمة النصفية.

ونعرض لنتائج كل طريقة فيما يلي:

١- حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

يعد معامل ثبات ألفا أداة إحصائية حساسة لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم فيها حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد (Ibid,p.123).

ويوضح جدول(٥ – ٢٤) معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة.

جدول(٥ - ٢٤)

معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة لدى المجموعة التجريبية والضابطة

مسلسل	قائمة الاختبارات	المجموعة التجريبية معامل ألفا (ن =٣٠)	المجموعة الضابطة معامل ألفا (ن =٣٠)
١-	اختبار المواجهة		
	المواجهة	٠,٧٩	٠,٥٧
	التخطيط	٠,٨٨	٠,٧٢
	التنمية الذاتية	٠,٩٣	٠,٨١
	التجنب	٠,٥٥	٠,٥٠
	الإفصاح	٠,٨٦	٠,٨٠
	الإدراك الإيجابي	٠,٨٤	٠,٦٢
	التقبل	٠,٥٧	٠,٥٦
	الكبت	٠,٥٠	٠,٧٥
	التوجه للدين	٠,٦٧	٠,٥٦
	الإنكار	٠,٥٤	٠,٥٨
	الدرجة الكلية للاختبار	٠,٩١	٠,٨٣
٢-	اختبار المساندة		
	المساندة الاجتماعية	٠,٧٠	٠,٧٩
	المساندة التوقيرية	٠,٨٦	٠,٨٥
	المساندة المعلوماتية	٠,٨٠	٠,٧١
	المساندة الأدائية	٠,٧٥	٠,٧١
	المساندة الوجدانية	٠,٦٤	٠,٩٠
	الدرجة الكلية للاختبار	٠,٩٣	٠,٩٤
٣-	اختبار المشقة		
	مقياس الأعراض	٠,٥٥	٠,٨٠
	مقياس العلاج	٠,٧٠	٠,٦٩
	مقياس المصادر المادية	٠,٨٤	٠,٦٨
	مقياس المصادر الاجتماعية	٠,٥٨	٠,٧٥
	مقياس المصادر النفسية	٠,٥٨	٠,٥٠
	الدرجة الكلية للاختبار	٠,٨٥	٠,٨٥
٤-	اختبار قلق الموت	٠,٨٩	٠,٨٠
٥-	اختبار العجز المكتسب	٠,٩٤	٠,٧١
٦-	اختبار التشاؤم	٠,٩٥	٠,٨٦

ويشير الجدول السابق إلى أن الاختبارات تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة، إذ أن معامل الثبات المقبول - طبقاً لمحك ثبات "جيلفورد" Guilford - لا يجوز مطلقاً أن يقل عن ٠.٥، وإلا فليستبعد الاختبار(خلال: فؤاد أبو المكارم و خالد بدر، ٢٠٠٢، ص ٢١٣) .على ذلك يمكننا أن نعتمد عليها في جميع بيانات الدراسة الراهنة.

٢- القسمة النصفية

أما الطريقة الثانية لحساب الثبات فهي القسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان - براون، وجاءت معاملات ثباتها، كما يعرضها الجدول(٥- ٢٥) التالي:

جدول (٥ – ٢٥)

معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية لجميع اختبارات الدراسة بعد تصحيح الطول

مسلسل	الاختبارات	عدد البنود	القسمة النصفية	
			معامل الثبات لدى المجموعة التجريبية (ن=٣٠)	معامل الثبات لدى المجموعة الضابطة (ن=٣٠)
١-	<u>اختبار المواجهة</u>			
	المواجهة	٨(٤/٤)	٠,٦١	٠,٥٠
	التخطيط	٨(٤/٤)	٠,٨٩	٠,٨٢
	التنمية الذاتية	٩(٤/٥)	٠,٩٢	٠,٨٥
	التجنب	٨(٤/٤)	٠,٦٦	٠,٥٠
	الإفصاح	٩(٤/٥)	٠,٨٤	٠,٧٩
	الإدراك الإيجابي	٦(٣/٣)	٠,٨٨	٠,٦٨
	التقبل	٨(٤/٤)	٠,٧٩	٠,٧١
	الكبت	٨(٤/٤)	٠,٥٠	٠,٧٦
	التوجه للدين	٧(٣/٤)	٠,٧١	٠,٥١
	الإنكار	٤(٢/٢)	٠,٥٥	٠,٥٠
	الدرجة الكلية للاختبار	ـــــ	٠,٧٤	٠,٦٨

٢ــ	**اختبار المساندة**			
	المساندة الاجتماعية	١٠(٥/٥)	٠,٧٠	٠,٧٦
	المساندة التوقيرية	١٠(٥/٥)	٠,٨٨	٠,٨٤
	المساندة المعلوماتية	١٠(٥/٥)	٠,٦٩	٠,٧٦
	المساندة الأدائية	١٠(٥/٥)	٠,٦٩	٠,٥٤
	المساندة الوجدانية	١٠(٥/٥)	٠,٦٧	٠,٩٠
	الدرجة الكلية للاختبار	ـــــ	٠,٧٣	٠,٧٦
٣ــ	**اختبار المشقة**			
	مقياس الأعراض	١٤(٧/٧)	٠,٥٣	٠,٨٢
	مقياس العلاج	١٠(٥/٥)	٠,٨٢	٠,٧٢
	مقياس المصادر المادية	١٠(٥/٥)	٠,٨٨	٠,٦١
	مقياس المصادر	٩(٥/٤)	٠,٦٥	٠,٧٧
	الاجتماعية	١٠(٥/٥)	٠,٧٦	٠,٥٠
	مقياس المصادر النفسية	ـــــ	٠,٧٣	٠,٦٨
	الدرجة الكلية للاختبار			
٤ــ	اختبار قلق الموت	٢٩(١٥/١٤)	٠,٨٦	٠,٨٣
٥ــ	اختبار العجز المكتسب	٣٦(١٨/١٨)	٠,٩٥	٠,٨٧
٦ــ	اختبار التشاؤم	٣٢(١٦/١٦)	٠,٩١	٠,٨٨

ويوضح الجدول السابق(٥ - ٢٥) أن معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية تراوحت بين ٠.٥٠ ـ ٠.٩٥ وهي معاملات ثبات مقبولة طبقاً لمحك جيلفورد.

وصف الاختبارات في صورتها النهائية

تكونت أدوات الدراسة في صورتها النهائية من ستة أنواع من الاختبارات النفسية، وهي:

[١] **اختبار استراتيجيات المواجهة**، ويتكون من ٧٥ بنداً، موزعة على عشرة أبعاد، وهم المواجهة، والتخطيط، والإفصاح، والتنمية الذاتية، والتجنب، والإدراك الإيجابي، والتقبل، والكبت، والتوجه للدين، والإنكار. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية)

[٢] **استخبار المساندة الاجتماعية**، ويتكون من ٥٠ بنداً، موزعة على خمسة أبعاد، هي: المساندة الوجدانية، والمساندة الاجتماعية، والمساندة الأدائية،

والمساندة المعلوماتية، والمساندة التوقيرية. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية)

[٣] **استخبار المشقة النفسية لدى مرضى أورام المثانة**، وتكون هذا الاختبار من ٥٣ بنداً، موزعة على خمسة مقاييس فرعية رئيسة: أعراض المرض، والعلاج، والمصادر المادية، والمصادر الاجتماعية، والمصادر النفسية. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية)

[٤] **قائمة قلق الموت**، وتكون المقياس من ٢٩ بنداً. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية)

[٥] **استخبار العجز المكتسب**، واحتوى الاختبار على ٣٦ بنداً. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية)

[٦] **قائمة التشاؤم**، وتكون هذا المقياس من ٣٢ بنداً. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية)

رابعاً: وصف جلسات تطبيق الاختبارات وإجراءاتها:

بدأت جلسات التطبيق في ١ /٥ /٢٠٠٢، واستمر تطبيق التجربة الأساسية ما يزيد عن سنة، حيث انتهى في ١ / ٨ / ٢٠٠٣، وتراوح معدل الجلسات من ٢ – ٣ جلسات أسبوعياً، وتراوح المدى الزمني لكل جلسة بين ٢٠ – ٣٠ دقيقة، وتضمنت كل جلسة الخطوات التالية:

١- تبدأ الجلسة الأولي بعمل نوع من التواصل الودي مع المريض، بسؤاله عن حالته الصحية ثم إعطائه فكرة عامة مبسطة عن طبيعة الموضوعات التي تعنى بها أسئلة الاختبارات، وبعد الاطمئنان على استجابة المريض الإيجابية للموقف، يتم التقدم نحو تطبيق اختبارات البطارية بالترتيب الذي وضعت عليه.

٢- وكان يتم التطبيق عادة في أوقات الصباح، والذي بدا أنه أفضل الأوقات ملاءمة لحالة المريض واستعداده للتعاون، وكانت طبيعة العينة المرضية

تقتضي أحياناً أن يمتد التطبيق في غير أوقات الزيارات العائلية، والتي كانت تستمر ما بين الساعة الثانية إلى الساعة الثامنة مساءاً.

٣- ونظراً لكون أغلب أفراد العينة من الأميين، فقد كانت الباحثة تقوم بقراءة التعليمات وبنود الاستخبارات بنفسها على كل مريض على حدة، وذلك للتأكد من فهم المرضى لما هو مطلوب منهم، وفي بعض الأحيان لا يستطيع المرضى - نظراً لظروفهم المرضية - الإمساك بالقلم وكراسة الإجابة، لذا كانت تقوم الباحثة بتسجيل الاستجابة بنفسها.

٤- كما أوضحت الباحثة للمشاركين أن هناك ثلاثة مستويات لشدة الاستجابة لجميع عبارات الكراسة، وأن على كل مشارك أن يضع علامة (√) في العمود المناسب لها طبقا لمدى رؤيته الخاصة للموقف وللعبارة . فإذا كانت العبارة تنطبق عليه، أوتصف طريقة تعامله مع المشكلة بدرجة كبيرة جدا ، فعليه أن يضع علامة (√) في العمود(تنطبق دائما). وإذا كانت العبارة تنطبق بدرجة متوسطة يضع علامة (√) في العمود(تنطبق أحيانا)، وهكذا. مع التأكيد على عدم وجود إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، بل يجب على المشارك أن يحاول تقديم الإجابة المناسبة له بصراحة.

٥- أما عن ترتيب تطبيق المقاييس، فبعد ملء استمارة البيانات الأساسية – التي كانت في بعض الأحيان تسجل من ذاكرة المريض ذاته – كانت المقاييس تطبق بترتيب ورودها داخل كراسة الإجابة.

٦- وكان يتم التطبيق في غرفة المريض - نظراً لظروفه الصحية -، ولكن في بعض الحالات المتحسنة، كان يتم التطبيق في حجرة الغيار، أوغرفة الطعام.

٧- أما عن الصعوبات العملية – التي واجهت الباحثة – فتمثلت في تعثر الإجراءات الإدارية الخاصة بالحصول على تصريحات دخول بعض المستشفيات، أوبطء هذه الإجراءات، هذا فضلاً عن رفض بعض المستشفيات الطلب المقدم لإجراء البحث التطبيقي. ونظراً للطبيعة الخاصة للمرض، كان تُفاجأ الباحثة من حين إلى آخر بخروج بعض الحالات من المستشفى، أودخوله للعمليات قبل

استكمال فحصه وتطبيق بطارية الاختبارات بالكامل، أونتيجة عدم رجوع المريض للمتابعة لظروف لا تعلمها الباحثة، أونتيجة لوفاة المريض.

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي

للتحقق من احتمالات صدق فروض الدراسة الراهنة، استخدمت في تحليل بيانات الدراسة الأساليب الإحصائية الآتية:

١- حساب المتوسطات، والانحرافات المعيارية.

٢- اختبار "ت" للفروق بين المجموعات، ودلالة الفروق بينها.

٣- تحليل التباين، للحصول على نسب "ف"، ثم حساب دلالة الفروق باستخدام "ت" بعد تحليل التباين.

هذا بالإضافة إلى ما سبق وصفه من أساليب إحصائية لحساب معاملات الصدق والثبات.

ملخص الفصل

عرضنا في هذا الفصل، لمنهج الدراسة وإجراءاتها. وقد بدأنا هذا العرض بتوضيح أن الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج التجريبي الوصفي(غير التحكمي)، ثم انتقلنا بعد ذلك لعرض عناصر هذا المنهج التجريبي الوصفي. فبدأنا باستعراض التصميم البحثي للدراسة وللأسس التي تم الاعتماد عليها لتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعات، بما يساعد على الإجابة عن أسئلة الدراسة. وأتبعنا ذلك بتعريف لمتغيرات الدراسة الستة (المواجهة، والمساندة الاجتماعية، والمشقة النفسية، وقلق الموت، والعجز المكتسب، والتشاؤم). ثم اتجهنا بعد ذلك لوصف العينة، حيث اشتملت على مجموعتين إحداهما من المرضى والثانية من غير المرضى، أما المجموعة التجريبية فتكونت من (٤٠) مريضاً بأورام المثانة، منهم (٢٥) من الذكور بنسبة (٦٢.٥٪) و(١٥) من الإناث بنسبة (٣٧.٥٪). بلغ متوسط أعمارهم (٥٢.٥)، وقد جُمعت هذه العينة من أماكن متعددة (معهد الأورام لجامعة القاهرة، مستشفى قصر العيني القديم، ومستشفى عين شمس، ومستشفى التأمين الصحي، ومستشفى الهرم

التخصصي)، أما عن المجموعة الضابطة، فتكونت من (٥٠) من غير المرضى، منهم (٢٥) من الذكور بنسبة (٥٠٪) و (٢٥) من الإناث بنسبة (٥٠٪)، وبلغ متوسط أعمارهم (٥٠.٤). وانتقلنا بعد ذلك **لوصف الأدوات** فبينا أنها اشتملت على بطارية مكونة من ستة اختبارات نفسية (وهم: اختبار المواجهة، واختبار المساندة الاجتماعية، واختبار المشقة النفسية، واختبار قلق الموت، واختبار العجز المكتسب، واختبار التشاؤم). وقد استعرضنا بالتفصيل هذه الاختبارات، بادئين بوصفها من حيث تكونيها وكيفية الأداء عليها، ثم وصفنا الإجراءات التي اتخذت لتقدير كفاءتها القياسية (الثبات والصدق)، وانتهينا إلى وصف هذه الأدوات في صورتها النهائية. وختمنا هذا الجزء بوصف جلسات تطبيق الاختبارات وإجراءاتها. وفي النهاية، حددنا **الأساليب الإحصائية** التي استخدمت في الدراسة. وتتمثل الخطوة التالية التي سنتقدم لها مباشرة هي عرض النتائج التي تم الحصول عليها من تحليل البيانات إحصائياً، والتي من شأنها الإسهام في التحقق مما تم افتراضه، وهي المهمة المنوطة بالفصل التالي.

الفصل السادس

نتائج الدراسة

- نتائج المقارنة بين مجموعتي الدراسة.
- نتائج تحليل التباين المتعدد.
- نتائج تحليل التباين الثنائي لمتغيري الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة.
- نتائج تحليل التباين الثنائي لمتغيري الحالة الصحية وأنماط المساندة الاجتماعية.

مقدمة:

إن الهدف الرئيس من إجراء الدراسة الراهنة، هو معرفة دور كل من استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية في خفض بعض الاختلالات النفسية، وبالتحديد المشقة النفسية، وقلق الموت، والعجز المكتسب، والتشاؤم، سواء لدى مرضى أورام المثانة السرطانية أوغير المرضى.

وبالتالي يختص هذا الفصل بعرض نتائج التحليل الإحصائي( ) التي أسفرت عنها الدراسة، والتي يمكن تقسيمها إلى أربعة محاور رئيسة، بما يتسق وأسئلة البحث الأساسية على النحو التالي:

- **المحور الأول:** وصف نتائج المقارنة بين مجموعتي الدراسة(المرضى وغير المرضى) باستخدام اختبار "ت" للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة.
- **المحور الثاني:** وصف نتائج تحليل التباين المتعدد للتعرف على التأثير الأساسي لكل متغير مستقل(الحالة الصحية، والمواجهة الكلية، والمساندة الكلية)على حدة، ثم التعرف على تفاعل هذه المتغيرات المستقلة، وتأثير هذا التفاعل على المتغيرات التابعة موضع الاهتمام.
- **المحور الثالث:** وصف نتائج تحليل التباين الثنائي للتعرف على التأثير الأساسي لمتغير الحالة الصحية ومتغير استراتيجيات المواجهة على حدة، ثم على تفاعل هذين المتغيرين المستقلين معاً، وتأثير هذا التفاعل على المتغيرات التابعة موضع الاهتمام.
- **المحور الرابع:** وصف نتائج تحليل التباين الثنائي للتعرف على التأثير الأساسي لمتغير الحالة الصحية ومتغير أنماط المساندة الاجتماعية على حدة، ثم على تفاعل هذين المتغيرين المستقلين معاً، وتأثير هذا التفاعل على المتغيرات التابعة موضع الاهتمام.

وفيما يلي عرض لكل محور من هذه المحاور بشيء من التفصيل، مع التركيز على:

١- بيان علاقة الأسلوب الإحصائي بالفرض موضع التحقق.

٢- وصف النتائج.

تقدم الباحثة شكراً خاصاً للدكتور فؤاد ابو المكارم على تحمله العبء الأكبر في تعليمي للتحليلات الإحصائية المتعددة، فله مني جزيل الشكر.

أولاً: نتائج المحور الأول

استخدم اختبار "ت" لدلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة للتحقق من صحة الفرض الأول القائل بأن هناك فروقاً دالة بين مجموعة مرضى أورام المثانة السرطانية ومجموعة غير المرضى في استراتيجيات المواجهة، وفي أنماط المساندة الاجتماعية.

حيث يتعامل هذا الأسلوب الإحصائي مع العينات الصغيرة، ويفترض أن مجتمعي العينتين متجانسان، أولهما نفس التباين. وعلى هذا فإن افتراض أي فرق بين تباين هاتين العينتين سيكون . في ضوء فرضنا الأول . عبارة عن تباين العينتين وحدهما، وحتى نحصل على تقدير لهذا التباين العام لمجتمعي العينتين فإننا سنقوم بدمج العينتين، وحساب جذره. حتى نصل إلى تقدير الخطأ المعياري للفرق بين المتوسطين، وهو ما توضحه المعادلة الآتية:

$$ت = \frac{م_١ - م_٢}{خ م}$$

حيث: م١ = متوسط المجموعة الأولى

م٢ = متوسط المجموعة الثانية

خ م = الخطأ المعياري.

(صفوت فرج، ١٩٩٦، ص ص ٢١٦ - ٢١٧)

والجدول التالي(٦- ١) يوضح نتائج المقارنة بين المرضى وغير المرضى باستخدام اختبار "ت" للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة.

جدول (٦- ١)

نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة على المتغيرات المستقلة

المتغيرات المستقلة	مجموعة المرضى (ن = ٤٠)		مجموعة غير المرضى (ن = ٥٠)		قيمة " ت "	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
المواجهة الكلية	١٢٥,٨٨	١٧,٦٧	١٣٥,٩٠	١٢,١٩	٣,١٧٩	٠,٠٠٢**
استراتيجية المواجهة	١٥,٧٨	٣,٧٣	١٤,١٦	٢,٠٢	٢,٦١٩	٠,٠١**
استراتيجية التخطيط	١٠,٣٠	٣,٠١	١٣,٦٤	٣,٠٨	٥,١٦٤	٠,٠٠٠***
استراتيجية التنمية الذاتية	١٠,١٠	٢,٩٧	١١,٦٦	٢,٩٨	٢,٤٧٢	٠,٠٢*
استراتيجية التجنب	١٢,٨٠	٢,٩٩	١٤,٨٠	٢,٦٦	٣,٣٥١	٠,٠٠١***
استراتيجية الإفصاح	١٨,٦٠	٤,١٨	١٨,٧٢	٣,٦٦	٠,١٤٥	٠,٨٨٦
استراتيجية الإدراك الإيجابي	٦,٩٠	١,٨٤	٩,١٦	١,٩٧	٥,٥٦٧	٠,٠٠٠***
استراتيجية التقبل	١٧,٩٠	٣,٢٣	١٨,١٠	٢,٢٧	٠,٣٤٤	٠,٧٣١
استراتيجية الكبت	١٢,٢٠	٣,٥٥	١٣,٤٠	٣,٢٤	١,٦٧٤	٠,٠٩٨
استراتيجية التوجه للدين	١٥,٦٥	٢,٩٧	١٦,١٤	٢,٤٧	٠,٨٥٤	٠,٣٩٥
استراتيجية الإنكار	٥,٦٥	١,٤٩	٦,١٢	١,٣٢	١,٥٨٣	٠,١١٧
المساندة الكلية	١٠١,٢٨	١٨,٠٩	١٠٠,٦٢	١٨,١٩	٠,١٧٠	٠,٨٦٥
المساندة الاجتماعية	١٩,٩٠	٤,١٤	١٩,٩٦	٤,٥٥	٠,٠٦٥	٠,٩٤٩
المساندة التقديرية	٢٠,٤٠	٤,٨٧	٢٤,٠٨	٤,٥٨	٣,٦٨٤	٠,٠٠٠***
المساندة المعلوماتية	١٧,٤٥	٤,١١	١٦,٧٤	٤,٠٨	٠,٤١٦	٠,٨١٨
المساندة الأدائية	١٩,٦٨	٤,١٥	١٥,٣٤	٣,٥٩	٥,٣٠٩	٠,٠٠٠***
المساندة الوجدانية	٢٣,٨٥	٣,٥٦	٢٤,٥٠	٤,٧٨	٠,٧١٦	٠,٤٧٦

- تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء ٠.٠٠١
- تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء ٠.٠١
- تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء ٠.٠٥

يتضح لنا من خلال الجدول(٦- ١) عدد من النقاط، هي:

بالنسبة للفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى على متغير المواجهة:

أ- وجود فروق دالة - إحصائياً - بين المرضى وغير المرضى على متغير المواجهة، وأن اتجاه تلك الفروق يشير إلى أن غير المرضى أكثر استخداماً لاستراتيجيات المواجهة بشكل عام.

ب- كما ظهرت لنا فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على مستوى الاستراتيجيات الفرعية للمواجهة، ويمكن بيان تفصيل هذه النتيجة في النقاط التالية:

١- ميل غير المرضى - مقارنة بالمرضى - بدرجة أعلى، وذات دلالة إحصائية لاستخدام استراتيجيات التخطيط، والتنمية الذاتية، والتجنب، والإدراك الإيجابي.

٢- تفوق المرضى - مقارنة بغير المرضى - في استخدام استراتيجية المواجهة بشكل دال إحصائياً.

٣- لم يختلف استخدام المرضى عن استخدام غير المرضى في استراتيجيات الإفصاح، والتقبل، والكبت، والتوجه للدين، والإنكار.

أما عن الفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى على متغير المساندة:

أ- **لم نجد فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على متغير المساندة المدركة من قبل الآخرين بشكل عام.**

ب- بينما وجد على المستوى الفرعي لأنماط متغير المساندة عدد من الملاحظات:

١- وجود فروق دالة إحصائياً بين المرضى وغير المرضى في المساندة التقديرية والمساندة الأدائية، في حين اختفت هذه الفروق بالنسبة لأنماط المساندة الفرعية الأخرى(الاجتماعية والمعلوماتية والوجدانية).

٢- كما لوحظ أن غير المرضى أكثر إدراكاً لوجود مساندة تقديرية بالمقارنة بمجموعة المرضى.

٣- بينما أدركت مجموعة المرضى المساندة الأدائية من قبل المحيطين بها بشكل يفوق إدراك مجموعة غير المرضى.

ثانياً : نتائج المحور الثاني

استخدم أسلوب تحليل التباين المتعدد للتحقق من صحة الفرض الثاني، وللوقوف على قدر التأثير الأساسي لكل متغير مستقل على حدة، وكذلك لبيان تأثير تفاعل متغيرات الحالة الصحية والمواجهة والمساندة المدركة معاً في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية.

ويتمثل الهدف الأساسي من تحليل التباين في محاولة تحديد احتمالية أن متوسطات مجموعات مختلفة من الأفراد(الدرجات) تنحرف بعضها عن البعض نتيجة لأخطاء العينة فقط، وليس نتيجة لتأثير عامل تجريبي معين. والمنطق الذي يتضمنه تحليل التباين - لتحقيق هذا الهدف - يقوم على تجزئه التباين الخاص بالعينة الكلية التي تضم هذه المجموعات، والبحث عن النسبة بين تباينين رئيسيين. وبالطبع يفترض تطابق هذين التباينين إذا لم يكن هناك تأثير نوعي كعامل تجريبي بين المجموعات.

ويتم تجزئة تباين العينة الكلية إلى التباين بين المجموعات، والتباين داخل المجموعات. ويشير الأول إلى حساب الفروق بين متوسطات المجموعات، أما الثاني فهو حساب الفروق داخل المجموعات. وبناء على هذا، فإن تحليل التباين يقدم تقديرين لتباين المجتمع، ويفترض أن كلا التقديرين سيتطابقان باستثناء تباين الخطأ فيهما، وتصاغ قيمة "ف" على النحو التالي:

$$\text{ف} = \frac{\text{مجموع المربعات بين المجموعات}}{\text{مجموع المربعات داخل المجموعات}}$$

(فرج، ١٩٩٦، ص ٣٥٥)

وقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين المتعدد القائم على أساس تصميم عاملي (٢ X ٢ X ٢)، وقوامة ثمانية خلايا لكل متغير من المتغيرات المستقلة، وهم الحالة الصحية، والمواجهة الكلية، والمساندة الكلية[⌧].

[⌧] كانت الباحثة تأمل ان يتم التفاعل بين استراتيجيات المواجهة كل منها على حدة وكل نمط من انماط المساندة، ولكن ترتب على صغر حجم العينة، وجود بعض الخلايا بها اقل من خمسة مشاركين، اي اقل من المحك الذي حدده "فرجسون" Fergson(١٩٨٥) و" كوين ماكنمار" Q.Mcnemara (١٩٧١).

وقبل أن نعرض لنتائج تحليل التباين يجب أن نوضح أن عدد المشاركين في كل خلية من خلايا التصميم العاملي عبر كل متغيرين من متغيرات الدراسة الأساسية لم يقل عن خمسة مشاركين، وهو الحد الأدنى اللازم لإجراءات تحليل التباين، وفقاً لما أشارت إليه "كوين ماكنمارا" Q.Mcnemara (١٩٧١).

وفيما يلي عرض لنتائج تحليل التباين المتعدد، والذي نتج عن استخدامه حصولنا على ثلاثة تأثيرات رئيسة لمتغيرات الدراسة، وهم: الحالة الصحية، والمواجهة، والمساندة الاجتماعية. كما نتج عن استخدامه عدد من التفاعلات الثنائية متضمنة:

١- التفاعل بين الحالة الصحية والمواجهة.
٢- والتفاعل بين الحالة الصحية والمساندة.
٣- والتفاعل بين المواجهة والمساندة.

كما حصلنا على تفاعل ثلاثي، هو:

١- والتفاعل بين الحالة الصحية والمواجهة والمساندة.

وتشير الجداول الأربعة التالية(٦- ٢) و (٦- ٣) و(٦- ٤) و(٦- ٥) إلى نتائج تحليل التباين الخاصة بكل من:

١- بيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستويات كل متغير منها، على إدراك المشقة النفسية.
٢- وبيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستويات كل متغير منها، على إدراك قلق الموت.
٣- وبيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستويات كل متغير منها، على تعلم العجز.
٤- وبيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستويات كل متغير منها، على الشعور بالتشاؤم.

جدول (٦- ٢)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان مدى تأثير الحالة الصحية والمواجهة والمساندة، والتفاعل فيما بينهم على إدراك المشقة بأنواعها

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	المشقة الكلية	٣٦٣٧١,٢٢	٧	٥١٩٥,٨٩	٢١,٤٥	٠,٠٠٠***
	مشقة الأعراض	٢٠٢٧,٣٥	٧	٢٨٩,٦٢	٨,٣٠	٠,٠٠٠***
	المشقة العلاجية	٣١٨١,٢٣	٧	٤٥٤,٤٦	٢٠,٠٢	٠,٠٠٠***
	المشقة المادية	٢٦١٢,٩٠	٧	٣٧٣,٢٧	١٠,٢٣	٠,٠٠٠***
	المشقة الاجتماعية	٥٤١,٤٨	٧	٧٧,٣٥	٦,١٩	٠,٠٠٠***
	المشقة النفسية	٥٧٠,٥٤	٧	٨١,٥١	١٢,١٧	٠,٠٠٠***
الحالة الصحية	المشقة الكلية	٢٥٣٢٦,١٦	١	٢٥٣٢٦,١٦	١٠٤,٥٥	٠,٠٠٠***
	مشقة الأعراض	١١٢٥,٢٦	١	١١٢٥,٢٦	٣٢,٢٥	٠,٠٠٠***
	المشقة العلاجية	٢٣٠٩,٤٨	١	٢٣٠٩,٤٨	١٠١,٧٥	٠,٠٠٠***
	المشقة المادية	١٤٥٣,٦٤	١	١٤٥٣,٦٤	٣٩,٨٥	٠,٠٠٠***
	المشقة الاجتماعية	٣٧٢,٨٢	؛	٣٧٢,٨٢	٢٩,٨٤٠	٠,٠٠٠***
	المشقة النفسية	٤٠٤,١٩	١	٤٠٤,١٩	٦٠,٣٤	٠,٠٠٠***
المواجهة الكلية	المشقة الكلية	٢٤٢,٥٨	١	٢٤٢,٥٨	١,٠٠	٠,٣٢٠
	مشقة الأعراض	٠,١٤٨	١	٠,١٤٨	٠,٠٠٤	٠,٩٤٨

	المشقة العلاجية	٨,٢٩	١	٨,٢٩	٠,٣٦٥	٠,٥٤٧
	المشقة المادية	١٨٩,٩٩	١	١٨٩,٩٩	٥,٢١	*٠,٠٣
	المشقة الاجتماعية	٧,١٣	١	٧,١٣	٠,٥٧	٠,٤٥٦
	المشقة النفسية	١,٤٣	١	١,٤٣	٠,٢١	٠,٦٤٥

تابع جدول (٦- ٢)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
المساندة الكلية	المشقة الكلية	٩٢,٩٤	١	٩٢,٩٤	٠,٣٨٤	٠,٥٣٧
	مشقة الأعراض	٦١,١٩	١	٦١,١٩	١,٧٥	٠,١٨٩
	المشقة العلاجية	١٥,٤٩	١	١٥,٤٩	٠,٦٨٣	٠,٤١١
	المشقة المادية	٦,٩١	١	٦,٩١	٠,١٨٩	٠,٦٦٤
	المشقة الاجتماعية	٤,٨٢	١	٤,٨٢	٠,٣٨٦	٠,٥٣٦
	المشقة النفسية	٦,٥٢	١	٦,٥٢	٠,٩٧٣	٠,٣٢٧
الحالة الصحية *	المشقة الكلية	٣٢٠,١٩	١	٣٢٠,١٩	١,٣٢	٠,٢٥٤
	مشقة الأعراض	٣٨١,٦٧	١	٣٨١,٦٧	١٠,٩٤	***٠,٠٠١
المواجهة الكلية	المشقة العلاجية	٩,٧٩	١	٩,٧٩	٠,٤٣١	٠,٥١٣
	المشقة المادية	٢٧,٦٠	١	٢٧,٦٠	٠,٧٥٧	٠,٣٨٧
	المشقة الاجتماعية	٢,٠٢	١	٢,٠٢	٠,١٦١	٠,٦٨٩
	المشقة النفسية	٠,٧٨٩	١	٠,٧٨٩	٠,١٣١	٠,٧١٨
الحالة	المشقة الكلية	٠,٧٦٧	١	٠,٧٦٧	٠,٠٠٣	٠,٩٥٥

الصحية * المساندة الكلية	مشقة الأعراض	٩,٨١	١	٩,٨١	٠,٢٨١	٠,٥٩٧
	المشقة العلاجية	٤,٥٤	١	٤,٥٤	٠,٠٠٢	٠,٩٦٤
	المشقة المادية	١٨,٣٢	١	١٨,٣٢	٠,٥٠٢	٠,٤٨١
	المشقة الاجتماعية	١,٤٣	١	١,٤٣	٠,١١٤	٠,٧٣٦
	المشقة النفسية	٠,٣٧٩	١	٠,٣٧٩	٠,٠٥٧	٠,٨١٣
المواجهة الكلية * المساندة الكلية	المشقة الكلية	١٦٤,١٩	١	١٦٤,١٩	٠,٦٧٨	٠,٤١٣
	مشقة الأعراض	٢٥,٢٢١	١	٢٥,٢٢١	٠,٧٢٣	٠,٣٩٨
	المشقة العلاجية	٤,٢٤١	١	٤,٢٤١	٠,١٨٧	٠,٣٩٨
	المشقة المادية	٤٤,٣٨	١	٤٤,٣٨	١,٢٢	٠,٦٦٧
	المشقة الاجتماعية	١٥,٣١	١	١٥,٣١	١,٢٣	٠,٢٧٣
	المشقة النفسية	٢٧,٠٦	١	٢٧,٠٦	٤,٠٤	٠,٠٥*

تابع جدول (٦- ٢)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الحالة الصحية * المواجهة الكلية * المساندة الكلية	المشقة الكلية	١٤٩٤,٨٤	١	١٤٩٤,٨٤	٦,١٧	٠,٠٢*
	مشقة الأعراض	٦٢,١٧	١	٦٢,١٧	١,٨٧	٠,١٨٦
	المشقة العلاجية	١٣٠,٥٣	١	١٣٠,٥٣	٥,٧٥	٠,٠٢*
	المشقة المادية	٧٨,٤٥	١	٧٨,٤٥	٢,٣٩	٠,١٢٥
	المشقة الاجتماعية	٤٥,١٩	١	٤٥,١٩	٣,٦٢	٠,٠٦١
	المشقة النفسية	١٠,٧٦	١	١٠,٧٦	١,٦١	٠,٢٠٩
التباين الكلي	المشقة الكلية	٥٦٢٣٤,٣٢	٨٢	٦٨٥,٧٨	—	—
	مشقة الأعراض	٤٨٨٨,٤٦	٨٢	٥٩,٦٢	—	—
	المشقة العلاجية	٥٠٤٢,٤٠	٨٢	٦١,٤٩	—	—
	المشقة المادية	٥٦٠٣,٩٦	٨٢	٦٨,٣٤	—	—

	المشقة الاجتماعية	١٥٦٦	٨٢	١٩,٠٩	—	—
	المشقة النفسية	١١١٩,٨٢	٨٢	١٣,٦٦	—	—

بالنظر في الجدول السابق(٦ – ٢) نجد أن تأثير متغير الحالة الصحية قد بدا شديد الدلالة على المشقة الناتجة عن المرض، بكل صورها(مشقة الأعراض، والمشقة العلاجية، والمشقة المادية، والمشقة الاجتماعية، والمشقة النفسية)، بينما جاء متغير المواجهة شديد الدلالة فقط على المشقة المادية. أما المساندة الكلية فلم يظهر لها أي دلالة على المشقة.

كما تشير نتائج تحليل التباين المتعدد إلى أن التفاعل بين الحالة الصحية والمواجهة كان تفاعلاً دالاً على مشقة الأعراض، بينما جاء التفاعل بين المواجهة والمساندة دالاً على المشقة النفسية.

كما يتضح من الجدول أيضاً أن التفاعل بين الحالة الصحية والمواجهة والمساندة كان تفاعلاً ثلاثياً دالاً على المشقة الكلية بوجه عام، والمشقة العلاجية بوجه خاص.

إذن تشير النتائج بصفة عامة في هذا القطاع إلى أن متغيرات الحالة الصحية والمواجهة والمساندة الكلية قد أدت دوراً أساسياً في خفض المشقة الناتجة عن الإصابة بأورام سرطانية. وبالرغم من ضعف أثر كل متغير منها على حدة في التخفيف من حدة مصادر المشقة، إلا أن تفاعلهم معاً حقق الأثر المرجو من خفض هذه المشقة المتولدة عن الإصابة بالمرض بشكل حاسم.

جدول (٦- ٣)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان مدى تأثير الحالة الصحية والمواجهة والمساندة، والتفاعل فيما بينها على الإحساس بقلق الموت

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	١٣٥٥,٧٠	٧	١٩٣,٦٧	٢,٧٦	٠,٠١**
الحالة الصحية	٢٨٦,٦٣	١	٢٨٦,٦٣	٤,٠٩	٠,٠٥*
المواجهة الكلية	١٠,٠٩	١	١٠,٠٩	٠,١٤٤	٠,٧٠٥
المساندة الكلية	١١٠,٠٥	١	١١٠,٠٥	١,٥٨	٠,٢١٣

الحالة الصحية * المواجهة الكلية	٢٠٢,٤١	١	٢٠٢,٤١	٢,٨٩	٠,٠٩
الحالة الصحية * المساندة الكلية	٨١,٨٧	١	٨١,٨٧	١,٠١٧	٠,٢٨٣
المواجهة الكلية * المساندة الكلية	٣٩٧,٢٢	١	٣٩٧,٢٢	٥,٦٦	*٠,٠٢
الحالة الصحية * المواجهة الكلية * المساندة الكلية	٣٩١,١٦	١	٣٩١,١٦	٥,٥٨	*٠,٠٢
التباين الكلي	٧١٠٨,١٠	٨٩	٧٩,٨٧	—	—

يتفق جدول(٦- ٣) مع الجدول السابق في حقيقتين أساسيتين: تختص أولاهما بتأثير الحالة الصحية، الذي جاء شديد الدلالة. أما الحقيقة الثانية، فقد أشارت للتأثير الدال للتفاعل الثلاثي بين المتغيرات المستقلة، في حين غاب هذا التأثير على المستوى الخاص بالتأثير الأساسي لكل متغير مستقل على حدة(المواجهة والمساندة).

كما أضاف هذا الجدول نتيجة مهمة عن الأثر التفاعلي الثنائي بين المواجهة والمساندة في التخفيف من مشاعر قلق الموت.

جدول (٦- ٤)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان مدى تأثير الحالة الصحية والمواجهة والمساندة، والتفاعل فيما بينها على تعلم العجز

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	٥٤٦٨,٩٧	٧	٦,٦٤٠	٦,٦٤	***٠,٠٠٠
الحالة الصحية	٣٢٦٢,٤٥	١	٣٢٦٢,٤٥	٢٧,٧٣	***٠,٠٠٠
المواجهة الكلية	٠,٦٦٤	١	٠,٦٦٤	٠,٠٠٦	٠,٩٤٠
المساندة الكلية	٢٠,١٣	١	٢٠,١٣	٠,١٧١	٠,٦٨٠
الحالة الصحية * المواجهة الكلية	٣٩٨,٠٨	١	٣٩٨,٠٨	٣,٣٨	٠,٠٧
الحالة الصحية * المساندة الكلية	٦٤,٢٧	١	٦٤,٢٧	٠,٥٥	٠,٤٦٢
المواجهة الكلية * المساندة الكلية	٦٤٢,٢٣	١	٦٤٢,٢٣	٥,٤٦	*٠,٠٢
الحالة الصحية* المواجهة الكلية* المساندة الكلية	١٢٨,٥٩	١	١٢٨,٥٩	١,٠٩	٠,٢٩
التباين الكلي	١٥١١٦,٩٨	٨٩	١٦٩,٨٥	—	—

يتفق هذا الجدول(٦- ٤) مع الجداول السابقة في التأثير الرئيس لمتغير الحالة الصحية، في حين اختلف عنهما في تأثير التفاعل الثلاثي للمتغيرات المستقلة، حيث جاءت النتائج منخفضة الدلالة لهذا التفاعل، في حين كان التفاعل الثنائي بين المواجهة والمساندة شديد الدلالة الإحصائية في التأثير على خفض تعلم العجز سواء لدى المرضى أوغير المرضى.

جدول (٦- ٥)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان مدى تأثير الحالة الصحية والمواجهة والمساندة، والتفاعل فيما بينها على الشعور بالتشاؤم

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	٢٩٨٨,٣٣	٧	١,٦٣٣	١,٦٣	٠,١٣٨
الحالة الصحية	٩٤٤,٨٥	١	٩٤٤,٨٥	٣,٦٢	٠,٠٦
المواجهة الكلية	١١,٧٨٠	١	١١,٧٨٠	٠,٠٤٥	٠,٨٣٢
المساندة الكلية	١٨,٦٧	١	١٨,٦٧	٠,٠٧١	٠,٧٩٠
الحالة الصحية * المواجهة الكلية	٦٨٤,٤٢	١	٦٨٤,٤٢	٢,٦٢	٠,١١
الحالة الصحية * المساندة الكلية	١,٢٦	١	١,٢٦	٠,٠٠٥	٠,٩٥
المواجهة الكلية * المساندة الكلية	١٠٠٠,٤٥	١	١٠٠٠,٤٥	٣,٨٣	*٠,٠٥
الحالة الصحية*المواجهة الكلية* المساندة الكلية	٢٣,٠٩	١	٢٣,٠٩	٠,٠٨٨	٠,٧٧
التباين الكلي	٢٤٤١٨,٩٠	٨٩	٢٧٤,٣٧	—	—

يبين هذا الجدول(٦- ٥) أن جميع تأثيرات المتغيرات المستقلة جاءت منخفضة الدلالة، فيما عدا التفاعل الثنائي بين المواجهة والمساندة، فكان له دلالة إحصائية على التخفيف من مشاعر التشاؤم سواء لدى المرضى أوغير المرضى.

ونستخلص من عرضنا لنتائج تحليل التباين المتعدد الحقائق الآتية:

- **أولاً: التأثير الأساسي للمتغيرات المستقلة:** جاء متغير الحالة الصحية من أكثر المتغيرات المستقلة تأثيراً على المتغيرات التابعة موضع الاهتمام، في حين تبين انخفاض دلالة كل من متغير المواجهة والمساندة كل منهما على حدة.
- **ثانياً: التأثير التفاعلي الثنائي:** تبين أن التفاعل الثنائي بين متغير المواجهة ومتغير المساندة من أكثر التفاعلات تأثيراً على انخفاض كل من قلق الموت، وتعلم العجز،

والتشاؤم، بغض النظر عن طبيعة العينة من المرضى أم من غير المرضى، كما ظهر هذا التأثير على متغير المشقة النفسية وحده من بين كل أنماط المشقة.

- **ثالثاً: التأثير الثلاثي:** ظهر التأثير الثلاثي واضحاً على كل من متغير المشقة ومتغير قلق الموت، بمعني أن التفاعل بين المتغيرات يؤدي إلى ظهور نتائج جديدة وشديدة الدلالة الإحصائية.

ثالثاً: نتائج المحور الثالث:

تم استخدم أسلوب تحليل التباين الثنائي للتحقق من صحة الفرض الثالث، وذلك لبيان مدى التأثير الأساسي لكل متغير مستقل(الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة)على حدة، ثم الوقوف على مدى تأثير تفاعل الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة معاً في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية.

غير أن هناك تساؤلا - ملحاً دون شك - عن الدافع وراء استخدامنا تحليل التباين، وتتلخص الإجابة ببساطة في نقطتين:

- **الأولي هي:** وجود صعوبة عملية عند حساب المقارنات بين متوسطات المعالجات للحكم على دلالتها باستخدام اختبار "ت"، وفي حالة المقارنات الثنائية أوالثلاثية يحتمل ألا يحصل الباحث على أي فروق دالة بين كل مجموعتين تتم المقارنة بينهما باستخدام اختبار "ت".
- **والنقطة الثانية هي:** أن اختبار "ت" - بالمقارنة بتحليل التباين - يتجاهل حقيقة أن العينات الفرعية قائمة في إطار عينة كبري، وأن عناصر هذه المجموعات الفرعية ربما تتفاعل فيما بينها وهو الأمر الغالب. وعلى ذلك يتعين علينا أن نضع هذا التفاعل في الاعتبار عند تحليل البيانات. فتحليل التباين هنا هو الأسلوب الذي لا يتجاهل هذا التفاعل حيث يتم فيه التعامل مع بيانات كل المجموعات مرة واحدة، وتخضع جميعها لفرض صفري عام هو عدم وجود فرق بين متوسطاتها(فرج، ١٩٩٦، ص ٢٥٧).

وقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين القائم على أساس تصميم عاملي(٢ x ٢)، وقوامه أربع خلايا لكل متغير من المتغيرات المستقلة، وهما الحالة الصحية، واستراتيجيات المواجهة. وفيما يلي عرض لنتائج تحليل التباين الثنائي، حيث حصلنا

على تأثيرين رئيسين لمتغيري: الحالة الصحية، واستراتيجيات المواجهة. كما حصلنا على عدد من التفاعلات المتبادلة المتضمنة:

١- التفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية المواجهة.
٢- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية التخطيط.
٣- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية التنمية الذاتية.
٤- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية التجنب.
٥- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية الإفصاح.
٦- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية الإدراك الإيجابي.
٧- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية التقبل .
٨- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية الكبت.
٩- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية التوجه للدين.
١٠- والتفاعل بين الحالة الصحية واستراتيجية الإنكار.

وتشير الجداول الأربعة التالية (٦- ٦) و(٦- ٧) و(٦- ٨) و(٦- ٩) إلى نتائج تحليل التباين الثنائي الخاصة بكل من:

١- بيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستوياتها، على إدراك المشقة النفسية.
٢- بيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستوياتها، على إدراك قلق الموت.
٣- بيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستوياتها، على تعلم العجز.
٤- بيان تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدة، مع تباين مستوياتها، على الشعور بالتشاؤم.

جدول (٦- ٦)

نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة، والتفاعل فيما بينهما على المشقة النفسية

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	المشقة الكلية	٣٦٢٧٤,٠٨	٣	١٢٠٩١,٣٦	٥٢,٠٩	٠,٠٠٠٠**
	مشقة الأعراض	١٥٨٨,٥٥	٣	٥٢٩,٥٢	١٣,٨٠	٠,٠٠٠٠**
	المشقة العلاجية	٣١١٥,٣١	٣	١٠٣٨,٤٤	٤٦,٣٤	٠,٠٠٠٠**
	المشقة المادية	٢٩٣٧,٠١	٣	٩٧٩,٠١	٣١,٥٧	٠,٠٠٠٠**
	المشقة الاجتماعية	٤٦٩,١٦	٣	١٥٦,٣٩	١٢,٢٦	٠,٠٠٠٠**
	المشقة النفسية	٦١٧,٥٦	٣	٢٠٥,٨٥	٣٥,٢٥	٠,٠٠٠٠**
الحالة الصحية	المشقة الكلية	٣٣٥٧٨,٤٣	١	٣٣٥٧٨,٤٣	١٤٤,٦٨	٠,٠٠٠٠**
	مشقة الأعراض	١٠٨٨,٤٩	١	١٠٨٨,٤٩	٢٨,٣٧	٠,٠٠٠٠**
	المشقة العلاجية	٢٩٠٣,٤١	١	٢٩٠٣,٤١	١٢٩,٥٧	٠,٠٠٠٠**
	المشقة المادية	٢٦٢١,٤٠	١	٢٦٢١,٤٠	٨٤,٥٣	٠,٠٠٠٠**
	المشقة الاجتماعية	٤٤٦,٣١	١	٤٤٦,٣١	٣٤,٩٩	٠,٠٠٠٠**
	المشقة النفسية	٥٧٨,٠٦	١	٥٧٨,٠٦	٩٨,٩٨	٠,٠٠٠٠**
استراتيجية المواجهة	المشقة الكلية	١٤١٢,٢٢	١	١٤١٢,٢٢	٦,٠٩	٠,٠٢*

	مشقة الأعراض	٣٤,١٢	١	٣٤,١٢	٠,٨٨٩	٠,٣٤٨
	المشقة العلاجية	٤٣,٧٠	١	٤٣,٧٠	١,٩٥	٠,١٦٦
	المشقة المادية	٣٧٨,١٦	١	٣٧٨,١٦	١٢,١٩	٠,٠٠١***
	المشقة الاجتماعية	١,٥٩	١	١,٥٩	٠,١٢٥	٠,٧٢٥
	المشقة النفسية	٤٨,٥٩	١	٤٨,٥٩	٨,٢٥	٠,٠٠٥**
استراتيجية التخطيط	المشقة الكلية	٥٩,٤٣	١	٥٩,٤٣	٠,٢٣٢	٠,٦٢٩
	مشقة الأعراض	١١٧,٧٥	١	١١٧,٧٥	٣,٠٨	٠,٠٨٣
	المشقة العلاجية	١٩,٥٩	١	١٩,٥٩	٠,٨٥٠	٠,٣٥٩
	المشقة المادية	٢٧٧,٠٢	١	٢٧٧,٠٢	٨,٨٥	٠,٠٠٤**
	المشقة الاجتماعية	٢,٧٥	١	٢,٧٥	٠,٢١٧	٠,٦٤٣
	المشقة النفسية	٠,٧٢٧	١	٠,٧٢٧	٠,١٠٤	٠,٧٤٨

تابع جدول (٦- ٦)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
استراتيجية التنمية الذاتية	المشقة الكلية	١,٠٨٣	١	١,٠٨٣	٠,٠٠٤	٠,٩٤٨
	مشقة الأعراض	٤٤,٠٦	١	٤٤,٠٦	١,١٦	٠,٢٨٥
	المشقة العلاجية	١٧,٦٨	١	١٧,٦٨	٠,٧٨٤	٠,٣٨٤
	المشقة المادية	٥,١٤	١	٥,١٤	١,٢٢	٠,٢٧٢
	المشقة الاجتماعية	٥,١٤	١	٥,١٤	٠,٤٠١	٠,٥٢٨

	المشقة النفسية	١,٢٧	١	١,٢٧	٠,١٨٣	٠,٦٧٠
استراتيجية التجنب	المشقة الكلية	٥٥,٤٥	١	٥٥,٤٥	٠,٢٢٤	٠,٦٣٧
	مشقة الأعراض	٢٣,٨٢	١	٢٣,٨٢	٠,٦١٢	٠,٤٣٩
	المشقة العلاجية	٤,٣٧	١	٤,٣٧	٠,١٩٥	٠,٦٦٠
	المشقة المادية	٥٦,٥٩	١	٥٦,٥٩	١,٥٠	٠,٢٢٤
	المشقة الاجتماعية	١٣,٢١	١	١٣,٢١	١,٠٥	٠,٣٠٩
	المشقة النفسية	١١,٦٤	١	١١,٦٤	١,٦٩	٠,١٩٧
استراتيجية الإفصاح	المشقة الكلية	٤٢٣٥,٥٥	١	٤٢٣٥,٥٥	٢٣,٠٧	٠,٠٠٠***
	مشقة الأعراض	١١٠,٦٩	١	١١٠,٦٩	٢,٩٣	٠,٠٩١
	المشقة العلاجية	٢١٢,٥٣	١	٢١٢,٥٣	١١,١٣	٠,٠٠١***
	المشقة المادية	٦٣٩,٤٣	١	٦٣٩,٤٣	٢٢,٥١	٠,٠٠٠***
	المشقة الاجتماعية	٧٢,٧٣	١	٧٢,٧٣	٦,١٣	٠,٠٢*
	المشقة النفسية	٣٨,٠٣	١	٣٨,٠٣	٦,٠١	٠,٠٢*
استراتيجية الإدراك الإيجابي	المشقة الكلية	٤٠١,٢٨	١	٤٠١,٢٨	١,٥٩	٠,٢١٠
	مشقة الأعراض	٦٩,٦١	١	٦٩,٦١	١,٨٤	٠,١٧٩
	المشقة العلاجية	٠,٤٠٨	١	٠,٤٠٨	٠,٠٢	٠,٨٩٥
	المشقة المادية	١٧٠,٨٦	١	١٧٠,٨٦	٤,٦٩	٠,٠٣*
	المشقة الاجتماعية	٢,٦٠	١	٢,٦٠	٠,٢٠٢	٠,٦٥٤
	المشقة النفسية	٠,٧٥٧	١	٠,٧٥٧	٠,١٠٩	٠,٧٤٣

تابع جدول (٦- ٦)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
استراتيجية التقبل	المشقة الكلية	١٠٥٨,١٤	١	١٠٥٨,١٤	٤,٣٦٠	*٠,٠٤
	مشقة الأعراض	٨,٩٢	١	٨,٩٢	٠,٢٣١	٠,٦٣٢
	المشقة العلاجية	٢٠١,٩٨	١	٢٠١,٩٨	٩,٩٢	**٠,٠٠٢
	المشقة المادية	١٢٣,٠٣	١	١٢٣,٠٣	٣,٥٩	٠,٠٦٢
	المشقة الاجتماعية	١٥,٠٢	١	١٥,٠٢	١,٢٠	٠,٢٧٦
	المشقة النفسية	٠,١٣٢	١	٠,١٣٢	٠,٠١٩	٠,٨٩١
استراتيجية الكبت	المشقة الكلية	٤٨٠,٦٩	١	٤٨٠,٦٩	٢,٠١	٠,١٥٩
	مشقة الأعراض	٦,٣١	١	٦,٣١	٠,١٦٦	٠,٦٨٤
	المشقة العلاجية	١٧,٩٣	١	١٧,٩٣	٠,٧٨٣	٠,٣٧٩
	المشقة المادية	٢٤,٨٥	١	٢٤,٨٥	٠,٦٤٦	٠,٤٢٤
	المشقة الاجتماعية	٤١,٣٣	١	٤١,٣٣	٣,٣٨	٠,٠٦٩
	المشقة النفسية	٧٧,٢٥	١	٧٧,٢٥	١٣,٦٢	***٠,٠٠٠
استراتيجية التوجه للدين	المشقة الكلية	٣٣٨,١٦	١	٣٣٨,١٦	١,٤٠٢	٠,٢٣٦
	مشقة الأعراض	١,٤٣	١	١,٤٣	٠,٠٣٦	٠,٨٢٠
	المشقة العلاجية	٢٦٩,٣٩	١	٢٦٩,٣٩	١٦,٧٦	***٠,٠٠٠
	المشقة المادية	١٦,٨٠	١	١٦,٨٠	٠,٤٤٥	٠,٥٠٧
	المشقة الاجتماعية	٣,٩٠	١	٣,٩٠	٠,٣١٠	٠,٥٧٩
	المشقة النفسية	١,٨١	١	١,٨١	٠,٢٥٩	٠,٦١٢
استراتيجية الإنكار	المشقة الكلية	١٢١١,٥٩	١	١٢١١,٥٩	٥,٠١	*٠,٠٣
	مشقة الأعراض	٢١,٢٤	١	٢١,٢٤	٠,٥٧١	٠,٤٥٢

	المشقة العلاجية	٩١,٦٨	١	٩١,٦٨	٤,١٢	٠,٠٥*
	المشقة المادية	٢٤٨,١١	١	٢٤٨,١١	٧,١١	٠,٠٠٩**
	المشقة الاجتماعية	٧,٢١	١	٧,٢١	٠,٥٦٤	٠,٤٥٥
	المشقة النفسية	٤,٧٩	١	٤,٧٩	٠,٧٢٤	٠,٣٩٧

تابع جدول (٦- ٦)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الحالة الصحية* استراتيجية المواجهة	المشقة الكلية	٨٧٦,٥٤	١	٨٧٦,٥٤	٣,٧٨	٠,٠٥*
	مشقة الأعراض	٦٦,٨٦	١	٦٦,٨٦	١,٧٤	٠,١٩٠
	المشقة العلاجية	٤٦,٠٩	١	٤٦,٠٩	٢,٠٦	٠,١٥٥
	المشقة المادية	٣٩٣,٤٤	١	٣٩٣,٤٤	١٢,٦٩	٠,٠٠١***
	المشقة الاجتماعية	١٠,٨٣	١	١٠,٨٣	٠,٨٢٥	٠,٣٦٦
	المشقة النفسية	٦٢,٦٤	١	٦٢,٦٤	١٠,٧٣	٠,٠٠٢**
الحالة الصحية* استراتيجية التخطيط	المشقة الكلية	٢٠١,٣٢	١	٢٠١,٣٢	٠,٧٩٦	٠,٣٧٥
	مشقة الأعراض	٠,٧٤٨	١	٠,٧٤٨	٠,٠٢٠	٠,٨٨٩
	المشقة العلاجية	٣,٧٧	١	٣,٧٧	٠,١٦٤	٠,٦٨٧
	المشقة المادية	٣٠٦,٣٧	١	٣٠٦,٣٧	٩,٧٩	٠,٠٠٢**
	المشقة الاجتماعية	١٣,٣٦	١	١٣,٣٦	١,٠٥	٠,٣٠٨
	المشقة النفسية	٠,٤٥٣	١	٠,٤٥٣	٠,٠٧٨	٠,٧٨١
الحالة الصحية* استراتيجية التنمية الذاتية	المشقة الكلية	١٤٠,٥٤	١	١٤٠,٥٤	٠,٥٥٢	٠,٤٥٩
	مشقة الأعراض	٩٦,٩٩	١	٩٦,٩٩	٢,٥٥	٠,١١٤
	المشقة العلاجية	٠,٤٥٢	١	٠,٤٥٢	٠,٠٢٠	٠,٨٨٩
	المشقة المادية	٦,٠٤	١	٦,٠٤	٠,١٥٧	٠,٦٩٣

	المشقة الاجتماعية	٢,٦٤	١	٢,٦٤	٠,٢٠٦	٠,٦٥١
	المشقة النفسية	٤,٦٩	١	٤,٦٩	٠,٦٧٧	٠,٤١٣
الحالة الصحية* استراتيجية التجنب	المشقة الكلية	٧٤٥,٨٩	١	٧٤٥,٩٨	٣,٠٢	٠,٠٨٦
	مشقة الأعراض	٤٥,٦٣	١	٤٥,٦٣	١,١٧	٠,٢٨٢
	المشقة العلاجية	٧٥,٨٩	١	٧٥,٨٩	٣,٣٨	٠,٠٦٩
	المشقة المادية	٨١,٣٩	١	٨١,٣٩	٢,١٦	٠,١٤٥
	المشقة الاجتماعية	٩,٦٨	١	٩,٦٨	٠,٧٦٨	٠,٣٨٣
	المشقة النفسية	٨,٣١	١	٨,٣١	٠,١٢	٠,٩١٣

تابع جدول (٦- ٦)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الحالة الصحية* استراتيجية الإفصاح	المشقة الكلية	٢٩٥٣,٨٩	١	٢٩٥٨,٨٩	١٦,٠٩	٠,٠٠٠***
	مشقة الأعراض	٧٤,٧٣	١	٧٤,٧٣	١,٩٨	٠,١٦٣
	المشقة العلاجية	٢١٠,٣٥	١	٢١٠,٣٥	١١,٠٢	٠,٠٠١***
	المشقة المادية	٤١٩,٥٩	١	٤١٩,٥٩	١٤,٧٧	٠,٠٠٠***
	المشقة الاجتماعية	٢٨,١٠	١	٢٨,١٠	٢,٣٧	٠,١٢٨
	المشقة النفسية	٢٩,٣٤	١	٢٩,٣٤	٤,٠٦٤	٠,٠٣*
الحالة الصحية* استراتيجية الإدراك الإيجابي	المشقة الكلية	٠,٦٤٤	١	٠,٦٤٤	٠,٠٠٣	٠,٩٦٠
	مشقة الأعراض	٨٤,٠١	١	٨٤,٠١	٢,٢٢	٠,١٤٠
	المشقة العلاجية	٣,٥٩	١	٣,٥٩	٠,١٥٤	٠,٦٩٦
	المشقة المادية	٦١,٣٠	١	٦١,٣٠	١,٦٩	٠.١٩٨

	المشقة الاجتماعية	٠,٨٠٥	١	٠,٨٠٥	٠,٠٦٣	٠,٨٠٤
	المشقة النفسية	٢,٣٤	١	٢,٣٤	٠,٣٣٦	٠,٥٨٤
الحالة الصحية * استراتيجية التقبل	المشقة الكلية	١٢٣,٦١	١	١٢٣,٦١	٠,٥٠٩	٠,٤٧٧
	مشقة الأعراض	٧٨,٤٩	١	٧٨,٤٩	٢,٠٣	٠,١٥٨
	المشقة العلاجية	٦٠,٧٣	١	٦٠,٧٣	٢,٩٨	٠,٠٨٨
	المشقة المادية	٢٩٩,١٤	١	٢٩٩,١٤	٨,٧٢	٠,٠٠٤**
	المشقة الاجتماعية	١٩,٣٣	١	١٩,٣٣	١,٥٥	٠,٢١٧
	المشقة النفسية	٠,٥١٠	١	٠,٥١٠	٠,٠٧٣	٠,٧٨٨
الحالة الصحية * استراتيجية الكبت	المشقة الكلية	١١٠٦,٣٧	١	١١٠٦,٣٧	٤,٦٤	٠,٠٣*
	مشقة الأعراض	١٣٧,١٣	١	١٣٧,١٣	٣,٦١	٠,٠٦١
	المشقة العلاجية	٢٢,٤١	١	٢٢,٤١	٠,٩٧٨	٠,٣٢٥
	المشقة المادية	٣١,٢٧	١	٣١,٢٧	٠,٨١٢	٠,٣٧٠
	المشقة الاجتماعية	٢١,٢٤	١	٢١,٢٤	١,٧٤	٠,١٩١
	المشقة النفسية	٤٣,٧٨	١	٤٣,٧٨	٧,٧٢	٠,٠٠٧**

تابع جدول(٦- ٦)

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الحالة الصحية* استراتيجية التوجه للدين	المشقة الكلية	١٣٨٢,٢٧	١	١٣٨٢,٢٧	٥,٨٢	٠,٠٢*
	مشقة الأعراض	١,٣٤	١	١,٣٤	٠,٠٣٤	٠,٨٥٥
	المشقة العلاجية	٤٠٧,١٤	١	٤٠٧,١٤	٢٥,٣٣	٠,٠٠٠***

	المشقة المادية	١٠٣,٢٢	١	١٠٣,٢٢	٢,٧٣	٠,١٠٢
	المشقة الاجتماعية	٢٢,١٠	١	٢٢,١٠	١,٧٦	٠,١٨٩
	المشقة النفسية	٠,٩٦٧	١	٠,٩٦٧	٠,١٣٩	٠,٧١٠
الحالة الصحية* استراتيجية الإنكار	المشقة الكلية	٠,٨١٦	١	٠,٨١٦	٠,٠٠٣	٠,٩٥٤
	مشقة الأعراض	١٨٧,٧١	١	١٨٧,٧١	٥,٠٤	٠,٠٣*
	المشقة العلاجية	٨,٤٢	١	٨,٤٢	٠,٠٠٤	٠,٩٥١
	المشقة المادية	١٢٥,١١	١	١٢٥,١١	٣,٥٩	٠,٠٦٢
	المشقة الاجتماعية	٢,٩٢	١	٢,٩٢	٠,٢٢٩	٠,٦٣٤
	المشقة النفسية	٢٩,٣٧	١	٢٩,٣٧	٤,٤٤	٠,٠٤*
التباين الكلي	المشقة الكلية	٥٦٢٣٤,٣٢٢	٨٩	٦٣١,٨٥	—	—
	مشقة الأعراض	٤٨٨٨,٤٦	٨٩	٥٤,٩٣	—	—
	المشقة العلاجية	٥٠٤٢,٤٠	٨٩	٥٦,٦٦	—	—
	المشقة المادية	٥٦٠٣,٩٦	٨٩	٦٢,٦٧	—	—
	المشقة الاجتماعية	١٥٦٦,٠٠	٨٩	١٧,٥٩	—	—
	المشقة النفسية	١١١٩,٨٢	٨٩	١٢,٥٨		

بالنظر في الجدول السابق(٦- ٦) نجد أن هناك تباينا واضحا في الأثر الرئيس لاستراتيجيات المواجهة، كل منها على حدة، حيث جاءت استراتيجية الإفصاح من أكثر الاستراتيجيات تأثيراً على خفض كل من المشقة الكلية وأنماطها المختلفة، فيما عدا مشقة الأعراض، ثم استراتيجية المواجهة التي لها قدرة دالة على خفض المشقة الكلية بوجه عام، والمشقة المادية والنفسية على وجه

الخصوص، ويليهما في التأثير استراتيجية التقبل واستراتيجية الإنكار، لما لهما من دور بارز في خفض المشقة الكلية والمشقة العلاجية والمادية.

أما عن بقية الاستراتيجيات، فجاء أغلبها فعالاً مع نمط محدد من المشقة، حيث جاءت كل من استراتيجية التخطيط واستراتيجية الإدراك الإيجابي فعالين مع المشقة المادية، بينما خفضت استراتيجية الكبت من المشقة النفسية فقط، وجاءت استراتيجية التوجه للدين مؤثرة على المشقة العلاجية فقط.

هذا عن الأثر الرئيس لكل استراتيجية، وأما عن التأثير التفاعلي لهذه الاستراتيجيات مع الحالة الصحية، فقد جاء معدلاً لدور بعض الاستراتيجيات، في حين ظل تأثير بعضها الآخر مستمراً، مثل استراتيجيات الإفصاح والمواجهة والتخطيط والتقبل، بينما عُدل تأثير كل من استراتيجية التوجه للدين واستراتيجية الكبت لكونهما أكثر فعالية في خفض المشقة الكلية والمشقة النفسية، بينما أصبحت استراتيجية الإنكار مؤثرة بشكل دال على خفض مشقة الأعراض، وهي الاستراتيجية الوحيدة التي اتضح دورها الفعال على هذا النمط المحدد من المشقة.

جدول (٦- ٧)

نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة والتفاعل فيما بينهما على إدراك قلق الموت

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	١٧١٩,٩٣	٣	٥٧٣,٣	٩,١٥	٠,٠٠٠***
الحالة الصحية	٣٧٢,٦٥	١	٣٧٢,٦٥	٤,٨٧	٠,٠٣*
استراتيجية المواجهة	٧٣١,٦١	١	٧٣١,٦١	١١,٦٨	٠,٠٠١***
استراتيجية التخطيط	٦٦,٦٤	١	٦٦,٦٤	٠,٨٦٠	٠,٣٥٦
استراتيجية التنمية الذاتية	٠,١٩٩	١	٠,١٩٩	٠,٠٠٣	٠,٩٦٠
استراتيجية التجنب	٢٣,٠٠	١	٢٣,٠٠	٠,٢٩٥	٠,٥٨٩
استراتيجية الإفصاح	٢٣٩,٣٩	١	٢٣٩,٣٩	٣,٦٤	٠,٠٦
استراتيجية الإدراك الإيجابي	٢٤,٥٩	١	٢٤,٥٩	٠,٣١٦	٠,٥٧٦
استراتيجية التقبل	٠,٣٠٥	١	٠,٣٠٥	٠,٠٠٤	٠,٩٥٠
استراتيجية الكبت	٨٩١,٠٩	١	٨٩١,٠٩	١٣,٣٠	٠,٠٠٠***

استراتيجية التوجه للدين	٥٦,٠٢	١	٥٦,٠٢	٠,٧٢١	٠,٣٩٨
استراتيجية الإنكار	٨٧,٦٣	١	٨٧,٦٣	١,٢٠	٠,٢٧٦
الحالة الصحية * استراتيجية المواجهة	٧٥٩,٩٣	١	٧٥٩,٩٣	١٢,١٣	٠,٠٠١***
الحالة الصحية * استراتيجية التخطيط	٠,١٦٥	١	٠,١٦٥	٠,٠٠٢	٠,٩٦٣
الحالة الصحية * استراتيجية التنمية الذاتية	٢,٧٩	١	٢,٧٩	٠,٠٣٦	٠,٨٥١
الحالة الصحية * استراتيجية التجنب	٠,٣٠١	١	٠,٣٠١	٠,٠٠٤	٠,٩٥١
الحالة الصحية * استراتيجية الإفصاح	٩٦٦,٠٦	١	٩٦٦,٠٦	١٤,٦٩	٠,٠٠٠***
الحالة الصحية * استراتيجية الإدراك الإيجابي	١٧,٦٦٥	١	١٧,٦٦٥	٠,٢٢٧	٠,٦٣٥
الحالة الصحية * استراتيجية التقبل	٧٧,٨٦	١	٧٧,٨٦	١,٠١	٠,٣١٩
الحالة الصحية * استراتيجية الكبت	١١٧,٧٠	١	١١٧,٧٠	١,٧٦	٠,١٨٨
الحالة الصحية * استراتيجية التوجه للدين	٤,٦٢	١	٤,٦٢	٠,٠٦٠	٠,٨٠٨
الحالة الصحية * استراتيجية الإنكار	٣٧٤,٦٤	١	٣٧٤,٦٤	٥,١٣	٠,٠٣*
التباين الكلي	٧١٠٨,١٠٠	٨٩	٧٩,٨٧	—	—

يتضح من الجدول(٦- ٧) أن هناك بعض الاستراتيجيات الفعالة في خفض مشاعر قلق الموت سواء لدى المرضى أوغير المرضى، مثل استراتيجيات المواجهة والكبت، في حين لم يكن لبقية الاستراتيجيات أي تأثير جوهري.

كما يضيف الجدول السابق حقيقة أخرى عن تأثير الحالة الصحية كمتغير معدل لدور استراتيجيات المواجهة، حيث أصبحت المواجهة والإفصاح والإنكار من الاستراتيجيات الفعالة في خفض قلق الموت، بينما أصبحت استراتيجية الكبت غير فعالة بشكل جوهري.

جدول (٦- ٨)

نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة والتفاعل فيما بينهما على تعلم العجز

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	٥٣٨١,٥٢	٣	١٧٩٤,٨٤	١٥,٨٥	٠,٠٠٠***
الحالة الصحية	٣٩٣٠,٨٩	١	٣٩٣٠,٨٩	٣٠,٩٢٤	٠,٠٠٠***

استراتيجية المواجهة	٧٧٣,٠٩	١	٧٧٣,٠٩	٦,٨٣	٠,٠١**
استراتيجية التخطيط	٤٦,٧٨	١	٤٦,٧٨	٠,٣٦٣	٠,٥٤٩
استراتيجية التنمية الذاتية	٠,٤٣٨	١	٠,٤٣٨	٠,٠٠٣	٠,٩٥٤
استراتيجية التجنب	١١,٣٣	١	١١,٣٣	٠,٠٩٠	٠,٧٦٥
استراتيجية الإفصاح	٣٣٢,٦٤	١	٣٣٢,٦٤	٢,٩٠	٠,٩٢
استراتيجية الإدراك الإيجابي	٧٦,٧٤	١	٧٦,٧٤	٠,٥٩٥	٠,٤٤٢
استراتيجية التقبل	٥٠,٢٨٦	١	٥٠,٢٨٦	٠,٤٠١	٠,٥٢٨
استراتيجية الكبت	٩٤٨,٠٥	١	٩٤٨,٠٥	٧,٩٦	٠,٠٠٦**
استراتيجية التوجه للدين	٢,٣٣	١	٢,٣٣	٠,٠١٨	٠,٨٩٣
استراتيجية الإنكار	٢٥٠,٢٩	١	٢٥٠,٢٩	٢,٢٨	٠,١٣٥
الحالة الصحية * استراتيجية المواجهة	٨٣٢,٧٧	١	٨٣٢,٧٧	٧,٣٦	٠,٠٠٨**
الحالة الصحية * استراتيجية التخطيط	٣٧,٧٤	١	٣٧,٧٤	٠,٢٩٣	٠,٥٩٠
الحالة الصحية * استراتيجية التنمية الذاتية	١,٧٨	١	١,٧٨	٠,٠١٤	٠,٩٠٧
الحالة الصحية * استراتيجية التجنب	٣٥٧,٧٣	١	٣٥٧,٧٣	٢,٨٥	٠,٠٩٥
الحالة الصحية * استراتيجية الإفصاح	١١٥٥,٨٦	١	١١٥٥,٨٦	١٠,٠٨	٠,٠٠٢**
الحالة الصحية * استراتيجية الإدراك الإيجابي	١٠,٥١٨	١	١٠,٥١٨	٠,٠٨١	٠,٧٧٦
الحالة الصحية * استراتيجية التقبل	٣٥٨,٦٦	١	٣٥٨,٦٦	٢,٨٦٠	٠,٠٩٤
الحالة الصحية * استراتيجية الكبت	١,٩٧	١	١,٩٧	٠,٠١٧	٠,٨٩٨
الحالة الصحية * استراتيجية التوجه للدين	٨٤,٠٥	١	٨٤,٠٥	٠,٦٥١	٠,٤٢٢
الحالة الصحية * استراتيجية الإنكار	١٥١٠,٧٨	١	١٥١٠,٧٨	١٣,٧٤	٠,٠٠٠***
التباين الكلي	١٥١١٦,٩٨	٨٩	١٦٩,٨٥	—	—

يتفق هذا الجدول(٦- ٨) مع الجدول السابق(٦- ٧) في جميع نتائجه، حيث ظلت استراتيجيات المواجهة والإفصاح والإنكار في مقدمة الاستراتيجيات المؤثرة بشكل دال إحصائياً على عدم تعلم المرضى للعجز.

جدول (٦-٩) نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية واستراتيجيات المواجهة والتفاعل فيما بينهما على الشعور بالتشاؤم

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	٣٦٧٢,٧٣	٣	١٢٢٤,٢٥	٥,٠٨	٠,٠٣*
الحالة الصحية	١٠٧١,٨٥	١	١٠٧١,٨٥	٤,٠٤	٠,٠٥*
استراتيجية المواجهة	٢٤٣٨,١٦	١	٢٤٣٨,١٦	١٠,١١	٠,٠٠٢**
استراتيجية التخطيط	٨٨,٢١	١	٨٨,٢١	٠,٣٣٠	٠,٥٦٧
استراتيجية التنمية الذاتية	٤٦,٧٧	١	٤٦,٧٧	٠,١٧٦	٠,٦٧٦
استراتيجية التجنب	٤٩٨,٢٣	١	٤٩٨,٢٣	١,٨٨٠	٠,١٧٣
استراتيجية الإفصاح	٩٤,١٧	١	٩٤,١٧	٠,٣٧٨	٠,٤٥٠
استراتيجية الإدراك الإيجابي	٩٠٨,٦٠	١	٩٠٨,٦٠	٣,٥٦٢	٠,٠٦٢
استراتيجية التقبل	٢٨٦٩,٠٧	١	٢٨٦٩,٠٧	١٢,٢٧١	٠,٠٠١***
استراتيجية الكبت	١٣٢٦,٨٧	١	١٣٢٦,٨٧	٥,١٩	٠,٠٣*
استراتيجية التوجه للدين	٢٢,٩٣	١	٢٢,٩٣	٠,٨٥	٠,٧٧٢
استراتيجية الإنكار	٣٠٢,٧٢	١	٣٠٢,٧٢	١,٢١	٠,٢٧٤
الحالة الصحية * استراتيجية المواجهة	٣٢٢,٩٧	١	٣٢٢,٩٧	١,٣٤	٠,٢٥٠
الحالة الصحية * استراتيجية التخطيط	٢٥٣,٣٩	١	٢٥٣,٣٩	٠,٩٤٩	٠,٣٣٣
الحالة الصحية * استراتيجية التنمية الذاتية	٤٥٤,٩٨	١	٤٥٤,٩٨	١,٧١	٠,١٩٤
الحالة الصحية * استراتيجية التجنب	٣٤,٩٨	١	٣٤,٩٨	٠,١٣٢	٠,٧١٧
الحالة الصحية * استراتيجية الإفصاح	١٩٠٩,٦٦	١	١٩٠٩,٦٦	٧,٦٦	٠,٠٠٧**
الحالة الصحية * استراتيجية الإدراك الإيجابي	٦٧٠,٠٨	١	٦٧٠,٠٨	٢,٦٤٤	٠,١٠٨
الحالة الصحية * استراتيجية التقبل	٣١٩,١١	١	٣١٩,١١	١,٣٧٠	٠,٢٤٦
الحالة الصحية * استراتيجية الكبت	١٩,٩٢٦	١	١٩,٩٢٦	٠,٠٧٨	٠,٧٨١
الحالة الصحية * استراتيجية	٤٥,٩٨	١	٤٥,٩٨	٠,١٣٠	٠,٦٨١

التوجه للدين					
الحالة الصحية * استراتيجية الإنكار	١٦٢٥,٥١	١	١٦٢٥,٥١	٦,٥٢	٠,٠١**
التباين الكلي	٢٤٤١٨,٩٠	٨٩	٢٧٤,٣٧	—	—

جاء هذا الجدول(٦- ٩) مؤكدا لدور كل من استراتيجية المواجهة والكبت في التخفيف من مشاعر التشاؤم سواء لدى المرضى أوغير المرضى، كما استمر تأثير استراتيجية الإفصاح واستراتيجية الإنكار في خفض التشاؤم لدى المرضى.

وأضاف هذا الجدول نتيجة جديدة عن الدور الدال إحصائياً لاستراتيجية التقبل في خفض التشاؤم لدى كل من المرضى وغير المرضى.

جدول (٦- ١٠)

لحساب دلالة الفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى باستخدام اختبار "ت" بعد تحليل التباين الثنائي

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموعة المرضى(١) ن = ٤٠		مجموعة غير المرضى (٢) ن = ٥٠		(١)	(٢)
		م	ع	م	ع		
الحالة الصحية	المشقة الكلية	٥٨,٢٥	١٨,٩٢	١٩,٠٢	١٢,٨٤	*	
	مشقة الأعراض	١٨,٠٥	٥,٨٧	٩,٩٠	٦,٤٩	*	
	المشقة لعلاجية	١٤,٠٣	٦,١٣	٢,٣٤	٣,٣٣	*	
	المشقة المادية	١٣,٦٠	٧,٦٥	٣,٥٦	٤,٦٩	*	
	المشقة الاجتماعية	٦,٨٥	٤	٢,٣٢	٣,١٤	*	
	المشقة النفسية	٥,٧٣	٣,٥٥	٠,٩٠	١,٥٠	*	
استراتيجية المواجهة	المشقة الكلية	٣٣,٨٧	٢٣,٠٦	٤١,٨٩	٢٨,٧٠	*	
	المشقة المادية	٦,٧٤	٦,٥٩	١٠,٧٢	٩,٧	*	
	المشقة النفسية	٢,٥٩	٢,٧٢	٤	٤,٧٦	*	
	قلق الموت	٤٨,١٧	٩,٨٢	٤٤,٠٨	٧,٧٨		*

	تعلم العجز	٥٩,١٨	١٠,٦٢	٦٤,٨٦	١٦,٥٩	*	
استراتيجية الإفصاح	المشقة الكلية	٣٣,٠٢	٢١,٣٤	٤٢,٣٩	٣٠,٠٥	*	
	المشقة العلاجية	٦,٢٨	٦,٤١	٨,٦٧	٩,١٤	*	
	المشقة المادية	٦,٥٢	٦,١٨	١٠,٦١	٩,٨٧	*	
	المشقة النفسية	٢,٧٥	٣,٠٤	٣,٥٥	٣,٥٥	*	
	قلق الموت	٤٥,١٨	٨,٠١	٤٧,١٨	١٠,٣٥	*	
	تعلم العجز	٦٠,٣٥	١١,١٧	٦٢,١٥	١٥,٨٧	*	
	التشاؤم	٤٥,٣٣	١٧,٦٤	٤٩,٤٢	١٤,٧٩	*	
استراتيجية التقبل	المشقة المادية	٦,٤٦	٦,٧٦	١٠,٥٩	٩,٠٩	*	
استراتيجية الكبت	المشقة الكلية	٣٥,٥٧	٢٥,٩٤	٣٧,٧٣	٢٤,٢٤	*	
	المشقة النفسية	٣,٤٥	٤,٠٧	٢,٤٦	٢,٥٧		*
استراتيجية التوجه للدين	المشقة الكلية	٣٥,٣٦	٢٧,٧١	٣٧,٨٣	٢١,٧٧	*	
	المشقة العلاجية	٨,١٦	٨,٨٥	٦,٧٥	٥,٤٥		*
استراتيجية الإنكار	مشقة الأعراض	١٢,٣٥	٧,٩٦	١٥,٢٨	٦,١٩	*	
	المشقة النفسية	٢,٤٣	٢,٨٤	٣,٩٧	٤,٢٨	*	
	قلق الموت	٤٤,٧٨	٨,٢٦	٤٧,٥٨	٩,٧٣	*	
	تعلم العجز	٥٨,٥٤	١٠,٢٢	٦٤,٧٢	١٥,٨١	*	
	التشاؤم	٤٧,٣٥	١٧,٨٦	٥٢,٣٩	١٤,١١	*	

ـ تشير (*) إلى اتجاه الفروق سواء أكانت لصالح مجموعة المرضى أم مجموعة غير المرضى

ونستخلص من الجداول الخاصة بتأثير استراتيجيات المواجهة، أن هناك بعض الاستراتيجيات العامة المؤثرة بغض النظر عن طبيعة العينة (مرضى أم غير مرضى)،

في حين أن هناك بعض الاستراتيجيات التي لا يظهر تأثيرها إلا مع المرضى، وهذا ما سنوضحه في الفصل التالي.

رابعاً: نتائج المحور الرابع

تم استخدام أسلوب تحليل التباين الثنائي القائم على أساس تصميم عاملي(٢ X ٢)، وقوامه أربع خلايا لكل من متغيرى: الحالة الصحية، والمساندة الاجتماعية، حيث حصلنا على تأثير رئيسي لكل منهما وعدد من التفاعلات المتبادلة المتضمنة:

١- التفاعل بين الحالة الصحية والمساندة الاجتماعية.
٢- والتفاعل بين الحالة الصحية والمساندة التقديرية.
٣- والتفاعل بين الحالة الصحية والمساندة المعلوماتية.
٤- والتفاعل بين الحالة الصحية والمساندة الأدائية.
٥- والتفاعل بين الحالة الصحية والمساندة الوجدانية.

وذلك في تأثير كل منهما على متغيرات المشقة النفسية والإحساس بقلق الموت وتعلم العجز والشعور بالتشاؤم.

والجدول التالي(٦- ١١) يعرض لنتائج تحليل التباين الخاصة بتأثير كل من الحالة الصحية وأنماط المساندة، ثم تأثير التفاعل فيما بينهما على المشقة النفسية.

جدول (٦- ١١)
نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية وأنماط المساندة والتفاعل فيما بينهما على المشقة النفسية

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	المشقة الكلية	٣٤٣٨٧,٩٤	٣	١١٤٦٢,٦٥	٥,١٢	٠,٠٠٠•••
	مشقة الأعراض	١٥٠٦,١٨	٣	٥٠٢,٠٦	١٢,٧٧	٠,٠٠٠•••
	المشقة العلاجية	٣٠٥٠,١٣	٣	١٠١٠٦,٧١	٤٣,٨٩	٠,٠٠٠•••
	المشقة المادية	٢٣٩٤,٠٣	٣	٧٩٨,٠١	٢١,٣٨	٠,٠٠٠•••

	المشقة الاجتماعية	٤٦٩,٤٦	٣	١٥٦,٤٨	٢١,٢٧	٠,٠٠٠***
	المشقة النفسية	٥٢٠,٤٩	٣	١٧٣,٤٩	٢٤,٨٩	٠,٠٠٠***
الحالة الصحية	المشقة الكلية	٣٣٦٧٦,٣١	١	٣٣٦٧٦,٣١	١٣٢,٥٧	٠,٠٠٠***
	مشقة الأعراض	١٤٩٧,٩٩	١	١٤٩٧,٩٩	٣٨,٠٩	٠,٠٠٠***
	المشقة العلاجية	٢٩٧٩,٤٢	١	٢٩٧٩,٤٢	١٢٦,٦١	٠,٠٠٠***
	المشقة المادية	٢١٩٠,٧٩	١	٢١٩٠,٧٩	٥٨,٦٩	٠,٠٠٠***
	المشقة الاجتماعية	٤٣٨,٠١	١	٤٣٨,٠١	٣٤,٣٥	٠,٠٠٠***
	المشقة النفسية	٥٠٥,٧٣	١	٥٠٥,٧٣	٧٢,٥٧	٠,٠٠٠***
المساندة الاجتماعية	المشقة الكلية	٣٢,٣٤	١	٣٢,٣٤	٠,١٢٧	٠,٧٢٢
	مشقة الأعراض	٢٠,٨٣	١	٢٠,٨٣	٠,٥٣٠	٠,٤٦٩
	المشقة العلاجية	٦,٨٠	١	٦,٨٠	٠,٢٩٤	٠,٥٨٩
	المشقة المادية	٤,٩٣	١	٤,٩٣	٠,١٣٢	٠,٧١٧
	المشقة الاجتماعية	١٣,٣١	١	١٣,٣١	١,٠٤	٠,٣١٠
	المشقة النفسية	٣,١٤	١	٣,١٤	٠,٤٥١	٠,٥٠٤
المساندة التقديرية	المشقة الكلية	٥٩٩,٠٦	١	٥٩٩,٠٦	٢,٤٢	٠,١٢٤
	مشقة الأعراض	١,٤٧	١	١,٤٧	٠,٠٣٧	٠,٨٤٧
	المشقة العلاجية	٣٠,٠١	١	٣٠,٠١	١,٣٢	٠,٢٥٣

	المشقة المادية	١٧٤,٠٦	١	١٧٤,٠٦	٤,٩٤	٠,٠٣*
	المشقة الاجتماعية	٧,٣٥	١	٧,٣٥	٠,٥٧٧	٠,٤٥٠
	المشقة النفسية	٣,٥٤	١	٣,٥٤	٠,٥٠٨	٠,٤٧٨
المساندة المعلوماتية	المشقة الكلية	٥٦,٠٣	١	٥٦,٠٣	٠,٢٤٦	٠,٦٣١
	مشقة الأعراض	٤٥,٩٨	١	٤٥,٩٨	١,٢٣	٠,٢٧١
	المشقة العلاجية	١٩,٢٨	١	١٩,٢٨	٠,٨٦٧	٠,٣٥٤
	المشقة المادية	٨٦,٤١	١	٨٦,٤١	٢,٥٥	٠,١١٤
	المشقة الاجتماعية	٥,٢٢	١	٥,٢٢	٠,٤١٦	٠,٥٢١
	المشقة النفسية	٥٠,٠٦	١	٥٠,٠٦	٨,٠١	٠,٠٠٦**
المساندة الأدائية	المشقة الكلية	١٨٣,٥٤	١	١٨٣,٥٤	٠,٧٢٨	٠,٣٩٦
	مشقة الأعراض	١١,٣٦	١	١١,٣٦	٠,٢٨٨	٠,٥٩٣
	المشقة العلاجية	٣٠,٠١	١	٣٠,٠١	١,٣٢	٠,٢٥٣
	المشقة المادية	١٧٤,٠٦	١	١٧٤,٠٦	٤,٩٤	٠,٠٣*
	المشقة الاجتماعية	٧,٣٥	١	٧,٣٥	٠,٥٧٧	٠,٤٥٠
	المشقة النفسية	٣,٥٤	١	٣,٥٤	٠,٥٠٨	٠,٤٧٨
المساندة الوجدانية	المشقة الكلية	٢١٨,٧٩	١	٢١٨,٧٩	٠,٨٩٣	٠,٣٤٧
	مشقة الأعراض	٢١,٨٢	١	٢١,٨٢	٠,٥٧٥	٠,٤٥٠

	المشقة العلاجية	٣٤,٥٥	١	٣٤,٥٥	١,٥٥	٠,٢١٧
	المشقة المادية	٣٥,٤٧	١	٣٥,٤٧	٠,٩٢٧	٠,٣٣٨
	المشقة الاجتماعية	٠,١٨٣	١	٠,١٨٣	٠,٠١٤	٠,٩٠٥
	المشقة النفسية	٤,٥٨	١	٤,٥٨	٠,٦٦١	٠,٤١٩
الحالة الصحية * المساندة الاجتماعية	المشقة الكلية	١٧٠,٠٩	١	١٧٠,٠٩	٠,٦٧٠	٠,٤١٥
	مشقة الأعراض	١٢,٥٦	١	١٢,٥٦	٠,٣١٩	٠,٥٧٣
	المشقة العلاجية	١٠,٨٦	١	١٠,٨٦	٠,٤٦٩	٠,٤٩٥
	المشقة المادية	١٥٣,٣١	١	١٥٣,٣١	٤,١١	٠,٠٤٦
	المشقة الاجتماعية	٠,٥٧٩	١	٠,٥٧٩	٠,٠٤٥	٠,٨٣٢
	المشقة النفسية	٢,١٨	١	٢,١٨	٠,٠٠٣	٠,٩٥٦
الحالة الصحية * المساندة التقديرية	المشقة الكلية	١٥٦,٩٤	١	١٥٦,٩٤	٠,٦٣٣	٠,٤٢٩
	مشقة الأعراض	٢٢,١٧	١	٢٢,١٧	٠,٥٦٣	٠,٤٥٥
	المشقة العلاجية	٣٣,٥٥	١	٣٣,٥٥	١,٤٨٠	٠,٢٢٧
	المشقة المادية	١٩٠,٥٩	١	١٩٠,٥٩	٥,٤١	*٠,٠٢
	المشقة الاجتماعية	٥,٥٢	١	٥,٥٢	٠,٤٣٣	٠,٥١٢
	المشقة النفسية	١,٥٨	١	١,٥٨	٠,٠٠٠	٠,٩٩٦
الحالة	المشقة الكلية	٢٤٥٩,٦٦	١	٢٤٥٩,٦٦	١٠,٨١	**٠,٠٠١

الصحية * المساندة المعلوماتية	مشقة الأعراض	١٢٨,١٩	١	١٢٨,١٩	٣,٢٣	٠,٠٦٧
	المشقة العلاجية	٦٦,١٧	١	٦٦,١٧	٢,٩٨	٠,٠٩
	المشقة المادية	٤٠٦,٦٣	١	٤٠٦,٦٣	١٢,٠١	**٠,٠٠١
	المشقة الاجتماعية	٢٧,٠٧	١	٢٧,٠٧	٢,١٦	٠,١٤٦
	المشقة النفسية	٢٢,٧٥	١	٢٢,٧٥	٣,٦٤	٠,٠٦
الحالة الصحية * المساندة الأدائية	المشقة الكلية	٢٤٣,٢	١	٢٤٣,٢	٠,٩٦٣	٠,٣٢٩
	مشقة الأعراض	٨,٦٢	١	٨,٦٢	٠,٢١٨	٠,٦٤٢
	المشقة العلاجية	١٠,٦٢	١	١٠,٦٢	٠,٤٥٨	٠,٥٠٠
	المشقة المادية	٤٢,٠١	١	٤٢,٠١	١,٠٩	٠,٢٩٩
	المشقة الاجتماعية	٣٥,١٣	١	٣٥,١٣	٣,٠٢	٠,٠٨٦
	المشقة النفسية	١٢,٢٧	١	١٢,٢٧	١,٨٧	٠,١٧٥
الحالة الصحية* المساندة الوجدانية	المشقة الكلية	٨٢٠,٧٥	١	٨٢٠,٧٥	٣,٣٥١	٠,٠٧١
	مشقة الأعراض	١٣٦,٣٦	١	١٣٦,٣٦	٣,٥٩	٠,٠٦١
	المشقة العلاجية	٦٢,٤٤	١	٦٢,٤٤	٢,٧٩	٠,٠٩٨
	المشقة المادية	٤٤,٣١	١	٤٤,٣١	١,١٦	٠,٢٨٥
	المشقة الاجتماعية	٢,٠٧	١	٢,٠٧	٠,١٦١	٠,٦٨٥
	المشقة النفسية	٠,٩٤٧	١	٠,٩٤٧	٠,١٣٧	٠,٧١٣

التباين الكلي	المشقة الكلية	٥٦٢٣٤,٣	٨٩	٦٣١,٨٥	—	—
	مشقة الأعراض	٤٨٨٨,٤٦	٨٩	٥٤,٩٣	—	—
	المشقة العلاجية	٥٠٤٢,٤٠	٨٩	٥٦,٦٦	—	—
	المشقة المادية	٥٦٠٣,٩٦	٨٩	٦٢,٦٧	—	—
	المشقة الاجتماعية	١٥٦٦	٨٩	١٧,٥٩	—	—
	المشقة النفسية	١١١٩,٨٢	٨٩	١٢,٥٨	—	—

أتت بيانات الجدول(٦- ١١) متفقة مع بيانات نتائج الجداول السابقة في التأثير الدال إحصائياً للحالة الصحية على المشقة الكلية بكل أنماطها المتعددة، كما ظهرت بعض التأثيرات الدالة إحصائياً لأنماط المساندة، فجاءت المساندة التقديرية ذات تأثير جوهري في خفض المشقة المادية، كما ظهرت المساندة المعلوماتية مؤثرة بشكل دال على المشقة النفسية، والمساندة الأدائية ذات تأثير فعال على خفض المشقة الاجتماعية والنفسية، بينما لم يظهر أي تأثير جوهري للمساندة الوجدانية.

ولكن عند تفاعل أنماط المساندة مع الحالة الصحية، وجد أن المساندة المعلوماتية كانت من أكثر أنماط المساندة تأثيراً وفعالية في خفض المشقة الكلية بوجه عام والمشقة المادية على وجه الخصوص، يليها المساندة التقديرية في خفض المشقة المادية.

ثم ننتقل إلى الكشف عن تأثير نفس المتغيرين المستقلين(الحالة الصحية وأنماط المساندة) والتفاعل بينهما على الإحساس بقلق الموت.

جدول(٦-١٢) نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية وأنماط المساندة والتفاعل فيما بينهما على إدراك قلق الموت

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	٤١١,٥٩	٣	١٣٧,١٩	١,٧٦	٠,١٦١

الحالة الصحية	٣٧٢,٦٥	١	٣٧٢,٦٥	٤,٨٧	*٠,٠٣
المساندة الاجتماعية	٦,٢٥	١	٦,٢٥	٠,٠٨٠	٠,٧٧٨
المساندة التقديرية	١٦,٨١١	١	١٦,٨١١	٠,٢١٥	٠,٦٤٤
المساندة المعلوماتية	٢٠٨,٧٦	١	٢٠٨,٧٦	٢,٨٢	٠,٠٩٧
المساندة الأدائية	٦٩,٩٣	١	٦٩,٩٣	٠,٩٠٢	٠,٣٤٥
المساندة الوجدانية	٧٨,٠٧	١	٧٨,٠٧	١,٠٣	٠,٣١٣
الحالة الصحية * المساندة الاجتماعية	٣٥,٥٦	١	٣٥,٥٦	٠,٤٥٧	٠,٥٠١
الحالة الصحية * المساندة التقديرية	١,٠٥	١	١,٠٥	٠,٠١٣	٠,٩٠٨
الحالة الصحية * المساندة المعلوماتية	٢١٦,٢٥	١	٢١٦,٢٥	٢,٩٢	٠,٠٩١
الحالة الصحية * المساندة الأدائية	٤,٢١	١	٤,٢١	٠,٠٥٤	٠,٨١٦
الحالة الصحية * المساندة الوجدانية	١٦٦	١	١٦٦	٢,١٩	٠,١٤٢
التباين الكلي	٧١٠٨,١٠٠	٨٩	٧٩,٨٧	—	—

يوضح الجدول(٦- ١٢) عدم وجود تأثير واضح لأنماط المساندة سواء عند تأثيرها الأساسي أوعند تفاعلها مع الحالة الصحية على مشاعر قلق الموت.

ثم نعرض بعد ذلك لتأثير نفس المتغيرين المستقلين(الحالة الصحية وأنماط المساندة) والتفاعل بينهما على تعلم العجز.

جدول (٦-١٣)

نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية وأنماط المساندة و التفاعل فيما بينهما على تعلم العجز

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الآثار الرئيسة	٤٣٦٩,٥١	٣	١٤٥٦,٥٠	١١,٦٦	***٠,٠٠٠
الحالة الصحية	٣٩٣٠,٨٩	١	٣٩٣٠,٨٩	٣٠,٩٢٤	***٠,٠٠٠

المساندة الاجتماعية	٣٠٥,٥٤	١	٣٠٥,٥٤	٢,٣٥	٠,١٢٢
المساندة التقديرية	١,٢٦	١	١,٢٦	٠,٠١٠	٠,٩٢١
المساندة المعلوماتية	٨٣,٨٢	١	٨٣,٨٢	٠,٦٧٤	٠,٤١٤
المساندة الأدائية	٦٨٢,٦٩	١	٦٨٢,٦٩	٥,٨٩	٠,٠٢*
المساندة الوجدانية	١٠٤,٨٠	١	١٠٤,٨٠	٠,٨١٥	٠,٣٦٩
الحالة الصحية * المساندة الاجتماعية	١٨٠,٥٢	١	١٨٠,٥٢	١,٤٤	٠,٢٣٣
الحالة الصحية * المساندة التقديرية	١٢٦,٤٧	١	١٢٦,٤٧	٠,٩٨٤	٠,٣٢٤
الحالة الصحية * المساندة المعلوماتية	٤٥٣,١٥	١	٤٥٣,١٥	٣,٦٥	٠,٠٦٠
الحالة الصحية * المساندة الأدائية	٨٤٦,٥٦	١	٨٤٦,٥٦	٧,٣١	٠,٠٠٨**
الحالة الصحية * المساندة الوجدانية	٢٦,٨٠	١	٢٦,٨٠	٠,٢٠٨	٠,٦٤٩
التباين الكلي	١٥١١٦,٩٨	٨٩	١٦٩,٨٥	—	—

أما جدول (٦- ١٣) فجاء بنتيجة متوقعة منطقية، حيث كان للمساندة الأدائية تأثيراً جوهرياً سواء عند تأثيرها الأساسي أم عند تفاعلها مع الحالة الصحية على عدم اكتساب المرضى وغير المرضى لمشاعر العجز.

يلي هذا بيان مدى تأثير متغيرى(الحالة الصحية وأنماط المساندة) والتفاعل بينهما على الشعور بالتشاؤم.

جدول (٦- ١٤)

نتائج تحليل التباين الثنائي لبيان مدى تأثير الحالة الصحية وأنماط المساندة والتفاعل فيما بينهما على الشعور بالتشاؤم

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الأثار الرئيسة	١١٧٦,٠٨	٣	٣٩٢,٠٣	١,٤٥	٠,٢٣٤
الحالة الصحية	١٠٧١,٨٥	١	١٠٧١,٨٥	٤,٠٤	٠,٠٥*
المساندة الاجتماعية	٥٠,٩٤	١	٥٠,٩٤	١,٨٨	٠,٦٦٥

المساندة التقديرية	١٤,٦٠	١	١٤,٦٠	٠,٠٥٤	٠,٨١٦
المساندة المعلوماتية	٦,٣٩	١	٦,٣٩	٠,٠٢٤	٠,٨٧٦
المساندة الأدائية	٩٨١,٧٤	١	٩٨١,٧٤	٣,٧٨	٠,٠٦
المساندة الوجدانية	٩,٤٦	١	٩,٤٦	٠,٠٣٥	٠,٨٥٢
الحالة الصحية * المساندة الاجتماعية	٦٤,٩٦	١	٦٤,٩٦	٠,٢٤٠	٠,٦٢٥
الحالة الصحية * المساندة التقديرية	٢٠١,٥٩	١	٢٠١,٥٩	٠,٧٤٩	٠,٣٨٩
الحالة الصحية * المساندة المعلوماتية	٨٨١,٧٦	١	٨٨١,٧٦	٣,٣٨	٠,٠٧٠
الحالة الصحية * المساندة الأدائية	٢١٥,٢٨٠	١	٢١٥,٢٨٠	٠,٨٣٠	٠,٣٦٥
الحالة الصحية * المساندة الوجدانية	٣٦,٤٠	١	٣٦,٤٠	٠,١٣٤	٠,٧١٥
التباين الكلي	٢٤٤١٨,٩٠	٨٩	٢٧٤,٣٧	—	—

تتفق نتائج جدول(٦- ١٤) مع نتائج جدول(٦- ١٢)، حيث لم نجد أي تأثير واضح لأي نمط من أنماط المساندة على الشعور بالتشاؤم سواء لدى المرضى أم غير المرضى.

جدول(٦- ١٥)

لحساب دلالة الفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى باستخدام اختبار "ت" بعد تحليل التباين الثنائي

مصادر التباين	المتغيرات التابعة	مجموعة المرضى(١) ن = ٤٠		مجموعة غير المرضى(٢) ن = ٥٠		(١)	(٢)
		م	ع	م	ع		
المساندة التقديرية	المشقة المادية	٥,٥٦	٥,٩٦	١٠,٨٣	٨,٩٨	*	
المساندةللمعلوماتية	المشقة الكلية	٣٧,٠٩	٢٠,٩٨	٣٥,٥٠	٣٠,٦٤		*
	المشقة المادية	٧,٦٢	٦,٦٦	٨,٦١	٩,٦١	*	
المساندة الأدائية	تعلم العجز	٦١,٧٩	١٠,٨٧	٦٠,٠٧	١٥,٣١	*	

- تشير (*) إلى اتجاه الفروق سواء أكانت لصالح مجموعة المرضى أم مجموعة غير المرضى

ونستخلص من الجداول الخاصة بدور أنماط المساندة، أن دور المساندة كان أقل مما هو متوقع - في ضوء نتائج الدراسات الراهنة -، حيث جاءت أغلب أنماط المساندة غير دالة في تأثيرها على المتغيرات التابعة موضع الاهتمام.

ويمكن تلخيص النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الراهنة بشكل عام في عدد من النقاط المحددة:

١- وجود فروق دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى في استراتيجيات المواجهة، وفي أنماط المساندة الاجتماعية.

٢- وجود فروق دالة في شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية وتوظيفهما معاً.

٣- وجود تباين في شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لاستراتيجيات المواجهة.

٤- وجود تباين في شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية والميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين كم ونمط المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى وغير المرضى من المحيطين بهم.

وإذا كانت النتائج على النحو الذي عرضناه، فإلى أي مدى اتسقت مع فروض الدراسة الأساسية، وكذلك مع نتائج الدراسات السابقة، وكيف يمكن تفسيرها. هذا ما سوف نتناوله في ثنايا الفصل القادم.

ملخص الفصل

تناولنا في هذا الفصل مختلف النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الراهنة، وقسمناها إلى أربعة محاور تتسق وأسئلة الدراسة المعروضة في الفصل الأول. وقد أوضحنا في البداية خطة التحليلات الإحصائية التي أجريت، وأتبعناها بعرض النتائج تفصيلياً. وحاولنا أثناء هذا العرض أن نبين المعاني النفسية للنتائج في نهاية كل محور من محاور النتائج. ثم اختتمنا هذا الفصل بتلخيص عام لهذه النتائج، والتي سوف نناقشها بشيء من التفصيل في الفصل القادم.

الفصل السابع

مناقشة النتائج ودلالاتها

- مناقشة النتائج في ضوء علاقتها بأسئلة الدراسة ونتائج الدراسات السابقة.
- مناقشة النتائج : بحثاً عن تفسير نظري لها.
- دلالات النتائج وإمكانات اقتراح تصور نظري.
- أوجه الإفادة النظرية والتطبيقية من الدراسة.
- نظرة إجمالية لما يمكن أن تثيره الدراسة الراهنة من أسئلة للبحث.

عرضنا لنتائج الدراسة في صياغتها الإحصائية، واتبعنا ذلك بتوضيح المعاني المباشرة لها من الزاوية النفسية. ونخصص الفصل الراهن لتفسير النتائج وللكشف عن مزيد من الدلالات الأخرى لهذه النتائج. حيث نبدأ بتوضيح قدر اتساقها واختلافها مع الفروض التي بدأنا بها من ناحية، ومع نتائج الدراسات السابقة من ناحية ثانية. ثم ننتقل بعد ذلك إلى تفسير هذه النتائج، مع توضيح الدلالات النظرية والتطبيقية لها. ونختتم هذا الفصل بإلقاء نظرة أكثر شمولاً على الدراسة ككل، موضحين ما يمكن أن تسهم به في مجال علم النفس الطبي، وما يمكن أن تثيره من أسئلة يمكن أن ترشد البحوث المستقبلية.

وسنحاول بالطبع أن يسير عرضنا لهذه العناصر على نحو متسلسل ومنطقي، وإن كان حرصنا هذا لن يمنع من وجود بعض التداخل - أحيانا - في عرض هذه العناصر المتشابكة. وسوف نحاول - أيضا - أثناء ذلك أن نسترشد بجوانب التنظير ذات المستويات الثلاثة التي أشار إليها "سويف" (١٩٩٨)، والتي أوضح من خلالها أن الباحث وهو بصدد مناقشته لنتائج دراسته عليه أن يحرص على ضرورة استيفاء تنظيره لعدة عناصر، يمكن تصنيفها إلى ثلاثة مستويات، تشمل ما يلي.

المستوى الأول:

١- رصد المعاني المباشرة للتحليلات التي أجراها الباحث.
٢- بيان إلى أي مدى تجيب نتائجه عن أسئلة بحثه.
٣- بيان ما بينها وبين نتائج الغير من اتفاق واختلاف.

المستوى الثاني:

١- الصعود بعمليات تجريدية إلى ما يستوعب ويتجاوز نتائج الدراسة الحالية.
٢- ثم الصعود إلى صياغة مشكلات بحثية جديدة تمليها هذه النتائج.

المستوى الثالث:

محاولة الباحث أن يستقر على التفسير الذي يتجه إلى الأخذ به، محاولاً أن يجرب استخدام تفسير بديل، وأن يقارن بين كفاءة هذا البديل، وكفاءة البديل الذي يفضله هو، على أن يخرج من هذه المقارنة ببيان الأفضلية المنهجية للتفسير الذي يفضل الأخذ به(سويف:١٩٩٨).

ولنبدأ الآن بعناصر أول مستوى من مستويات التنظير.

مناقشة النتائج في ضوء علاقتها بأسئلة الدراسة الأساسية ونتائج الدراسات السابقة:

في ضوء محاور الأسئلة الأربعة التي طرحناها في سياق عرض مشكلات الدراسة، يمكن تناول النتائج على النحو التالي:

المحور الأول: نتائج المقارنة بين مجموعتي الدراسة(المرضى وغير المرضى)

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الأول، فقد أجابت النتائج الراهنة عنه، وأشارت إلى صحة الفرض الأول القائل بأن هناك فروقاً دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى في لستخدامهما لاستراتيجيات المواجهة، وفي حصولهما على أنماط المساندة الاجتماعية. وهو ما يعني أن متغير الحالة الصحية أسهم بصورة دالة في إظهار التباين بين المجموعتين سواء بالنسبة لمتغير استراتيجيات المواجهة، أوبالنسبة لمتغير أنماط المساندة الاجتماعية.

وحتى يسهل توضيح دلالات هذه النتائج ومعانيها، نتناول عناصر هذه الصورة بشيء من التفصيل.

بالنسبة لمتغير المواجهة، نجد أن التباين بين المجموعتين يشكله عنصرين، الأول مقدار الاستعانة باستراتيجيات المواجهة، حيث مال غير المرضى للاعتماد عليها بدرجة تفوق المرضى، والعنصر الثاني في هذا التباين يشكله نوعية الاستراتيجيات التي يميل إلى استخدامها كل من المجموعتين، حيث ظهر أن غير المرضى أكثر استخداماً لاستراتيجيات التخطيط، والتنمية الذاتية، والتجنب، والإدراك الإيجابي بالمقارنة بالمرضى، بينما تفوق المرضى على غير المرضى في استخدام استراتيجية المواجهة، على حين وجد أن المرضى وغير المرضى يميلون لاستخدام استراتيجيات الإفصاح، والتقبل، والكبت، والتوجه للدين، والإنكار بنفس القدر.

وتبدو هذه النتائج متمشية مع بعض التوجهات النظرية السابقة، حيث أكد "لازوارس" من خلال نظريته المعروفة بالعمليات التقييميه، أن استراتيجيات المواجهة تتنوع وتختلف باختلاف مصادر المشقة التي يتعرض لها الفرد(Taylor,1993,p.72)). كما اتفقت هذه النتيجة مع "فيلتون" الذي يري أن طبيعة موقف المشقة تعد هي المحدد الأساسي وراء استخدام استراتيجيات المواجهة (Manne et al., 1994)).

على حين كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن عدم وجود فروق بين المرضى وغير المرضى في استخدام بعض الاستراتيجيات مثل استراتيجيات الإفصاح،

والتقبل، والكبت، والتوجه للدين، والإنكار، فإن ما توصلت إليه دراسة "سميث"(١٩٩٦) يخالف ذلك، حيث وجد أن مرضى الأورام السرطانية أكثر استخداماً لاستراتيجيات الإفصاح الانفعالي، والتوجه للدين بالمقارنة بغير المرضى(Smith et al.,1996)).

ويبدو أن اختلاف طبيعة نمط المشقة الذي يواجهه المرضى عن ذلك الذي يواجهه غير المرضى، هو الذي يفسر التباين بين المجموعتين من حيث قدر استخدام كل منهما لاستراتيجيات المواجهة، وهو ما أوضحته نتائج الفرض الأول. أما عن التباين الكيفي بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى فيبدو أنه غير ظاهر، حيث دلت نتائج دراستنا أن مجموعتي الدراسة يستخدمان الاستراتيجيات نفسها، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة "أندلر" (١٩٩٨) . والتي أجريت على عينتين، إحداهما من غير المرضى، يبلغ قوامها خمسمائة وثمانية وتسعين راشداً، والأخرى عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها ٥٠ مريضاً و١١٠ مريضة . والتي توصلت إلى عدم وجود اختلاف في استراتيجيات المواجهة باختلاف الحالة الصحية(Endler,1998)). وإن كان "كارفر" قد أرجع هذه النتيجة إلى تماثل المرضى وغير المرضى في تقييمهم للمواقف المشقة(Through: Terry, 1994)).

أي أن الاختلاف بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى، ليس اختلافاً في نمط الاستراتيجيات ذاتها، ولكن الاختلاف في كم استخدامهما لها، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الراهنة ونتائج بعض الآراء النظرية والدراسات السابقة.

أما بالنسبة للفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى بالنسبة **لمتغير أنماط المساندة**، فقد جاءت النتائج لتعكس وجود فروق دالة بين المجموعتين في المساندة التقديرية والمساندة الأدائية، في حين اختفت هذه الفروق بالنسبة للمساندة الكلية والمساندة الوجدانية والمساندة المعلوماتية والمساندة الاجتماعية، وهذا معناه أنه ليست هناك فروق في خبرة المجموعتين لهذه الأنماط من المساندة.

وتتفق هذه النتيجة مع نموذج التأثير الرئيس لـ "كوهن وسمي" (١٩٨٥)، والذي أوضح فيه أن المساندة تعد مفيدة لحياة الفرد ولصحته الجسمية بصرف النظر عما إذا كان الفرد يمر بخبرة شاقة أم لا(Pennix et al.,1998)). وهذا يوحي بأن المرضى وغير المرضى قد يتلقوا القدر نفسه من المساندة، بغض النظر عن موقف المشقة.

هذا عند النظر للمساندة بشكل عام، أما عند النظر لها على مستوى الأنماط الفرعية، نجد أن نتائجنا عنها تتفق مع دراسة "دونكل – شيتر" (١٩٨٤)، والتي توصلت من خلال عينة من مرضى أورام الدم إلى أن المساندة الأدائية تعد من أهم أنماط المساندة التي يحتاجها المرضى(Dunkel-Schetter,1984). وأكدت ذلك دراسة "جال بريث"Galbraith(١٩٩٥)، التي وجدت أن مرضى الأورام السرطانية سجلوا إدراكاً مرتفعاً لنمط المساندة الأدائية بالمقارنة بالأنماط الأخرى للمساندة(Galbraith,1995). وكذلك توصلت دراسة "مارتين" Martin وآخرون (١٩٩٤) إلى نتائج مشابهة، حيث وجد عند المقارنة بين مجموعة من مرضى الأمراض المزمنة(الصداع المزمن، والأورام السرطانية) أن هناك تبايناً في أنماط المساندة بتباين التشخيص، كما أضاف أن المرضى يرون أن هناك ثلاثة أنماط من المساندة تعد مفيدة وفعالة لهم، بغض النظر عمن يقدمها، وهي المساندة الأدائية والمساندة التقديرية والمساندة المعلوماتية(Martin, Davis, Baron & Blanchard,1994).

وعلى الرغم من تأكيد نتائج الدراسات السابقة لأهمية المساندة المعلوماتية للمرضى، فإن نتائج دراساتنا لم تجد أي فروق دالة بين المرضى وغير المرضى، فدراسة "جوسي"(١٩٩٨) على سبيل المثال، والتي أجريت على مرضى الأورام السرطانية، ترى أن المساندة المعلوماتية تقدم بشكل كبير وفعال في مرحلة التشخيص بالنسبة للمرضى(Jocye,1998).

كما تعارضت نتيجة الدراسة الراهنة بالنسبة لنمط المساندة الوجدانية مع دراسة "الفيري"(٢٠٠١)، حيث أكد أن المساندة الوجدانية تعد من أكثر أنماط المساندة طلباً وتقديماً من الأهل والأصدقاء لمرضى الأورام السرطانية (Alferi et al., 2001).

وعلى هذا جاءت أغلب نتائجنا الخاصة بالفرض الأول متسقة مع ما توصلت إليه نتائج دراسات سابقة متعددة، من حيث ظهور تباين دال بين المرضى وغير المرضى في خبراتهم باستراتيجيات المواجهة وبعض أنماط المساندة الاجتماعية.

المحور الثاني: نتائج تباين شدة الاختلالات النفسية بتباين توظيف مرضى أورام المثانة السرطانية وغير المرضى لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية

يشتمل الفرض الثاني للدراسة الراهنة على عنصرين، **أولهما** بيان الأثر الرئيس لكل متغير مستقل على حدة (الحالة الصحية، والمواجهة الكلية، والمساندة الكلية) على شدة الاختلالات النفسية، **وثانيهما** الوقوف على مدى تأثير تفاعل تلك المتغيرات معاً في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية.

وقد جاءت نتائج تحليل التباين المتعدد - في مجملها - لتبرز دور متغير الحالة الصحية في التعرض لمستويات من الاختلالات النفسية، والتي تتمثل في المشقة النفسية، وقلق الموت، وتعلم العجز، والشعور بالتشاؤم، كما جاءت النتائج لتظهر الأثر الإيجابي الدال للمستويات المرتفعة من المواجهة في التخفيف من المشقة المادية، بينما لم تظهر لنا دلالات على وجود فاعلية للمساندة الكلية. هذا عن التأثير الرئيس لكل متغير على حدة، أما بالنسبة للتأثير التفاعلي لتلك المتغيرات الثلاثة، فكان له دور شديد الوضوح مقارناً بالدور المنفرد لكل منهما، حيث أتضح أن للتفاعل الثنائي بين المستويات المرتفعة لكل من المواجهة والمساندة أثر إيجابي دال في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، إجمالا لدى المرضى أوغير المرضى، كما ظهر للتفاعل الثلاثي بين المتغيرات المستقلة تأثير إيجابي في التخفيف من حدة المشقة العلاجية وقلق الموت.

فعن **التأثير الرئيس** لمتغير الحالة الصحية، كما كشفت عنه نتائجنا بدا متسقاً مع نتائج الدراسات السابقة، والتي دلت على ارتباط الصحة الجسمية بالصحة النفسية على نحو جوهري(Hays et al., 1990)). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه "جورديان - إبنج" وآخرون(١٩٩٠) من ارتفاع مستويات القلق لدى مرضى أورام الثدي أثناء فترة العلاج(Epping-Jordan et al.,1999)). كما سجل "لويس"(١٩٧٩) ارتفاعاً في درجات مرضى الأورام السرطانية على مقاييس القلق والشعور بالعجز، وتوصل "جوتسمان"(١٩٨٢) إلى أن مجموعة مرضى الأورام السرطانية كانوا أكثر العينات شعوراً بالعجز مقارنين بغير المرضى (Gottesman,1982)). كما توصل "هيرني" إلى النتائج نفسها من خلال عينة من مرضى أورام المثانة السرطانية(ن= ٤٠)، حيث وجد أن المرضى أكثر شعوراً بالعجز مقارنين بغير المرضى Huerny et al.,1987)). وتتفق دراسة "هو" وآخرون(١٩٩٥) مع

النتائج السابقة، حيث سجل مرضى الأورام السرطانية ارتفاعاً في قلق الموت بالمقارنة بغير المرضى((Ho et al.,1995)).

وهكذا تتفق نتائجنا ونتائج دراسات أسبق على الدور الفعال لمتغير الحالة الصحية في تحديد احتمالات الإصابة بالاختلالات النفسية، وفي تحديد مدى التطابق بينها وبين نتائج الدراسات السابقة في مدى معاناة مرضى أورام المثانة السرطانية على نحو خاص من مشكلات نفسية، تتمثل في حدة المشقة بكل أنماطها المتعددة، وقلق الموت، وتعلم العجز، والشعور بالتشاؤم، وذلك بالمقارنة بغير المرضى.

أما بالنسبة **للتأثير التفاعلي** بين المتغيرات، فقد ظهر التفاعل الثنائي بين المستويات المرتفعة لكل من المواجهة والمساندة ذا تأثير إيجابي دال على التخفيف من حدة هذه الاختلالات النفسية إجمالاً لدى المرضى أوغير المرضى، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "ساراسون"(١٩٩١)، الذي وجد فيها أن الأفراد ذوي المساندة المرتفعة كانوا أكثر قدرة على مواجهة تحديات الموقف الذي يفوق مصادرهم الذاتية((Ptacek ,1996, p.507)). كما وجد أن المساندة تعد متغيراً فعالاً في تحسين المواجهة((Kyngas et al., 2001)). وأن المساندة الاجتماعية ترتبط إيجابياً مع المواجهة الاقترابي، وسلبياً مع المواجهة التجنبي سواء لدى المرضى أوغير المرضى((Ptacek,1996,p.507)). وهذه النتائج جميعها تأتي في اتجاه التأكيد على الدور التفاعلي لكل من المواجهة والمساندة في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية سواء لدى المرضى أم غير المرضى، على الرغم من اختفاء الأثر الرئيس لكل متغير منهما على حدة.

كما ظهر **للتفاعل الثلاثي** بين المتغيرات المستقلة تأثير إيجابي في التخفيف من حدة المشقة العلاجية وقلق الموت، أي انحصر دور المواجهة والمساندة في التخفيف من حدة المشقة العلاجية لدى غير المرضى، ومشاعر قلق الموت لدى المرضى، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "برندا"(١٩٩٨) من أن مرضى الأورام السرطانية الذين يتلقون مزيداً من المساندة.ولديهم تقبل لمرضهم، يُستبعد إصابتهم بالأعراض الاكتئابية((Pennix et al.,1998)). كذلك توصلت دراسة أخرى، إلى النتائج نفسها، حيث أشارت إلى انخفاض معدل الإصابة بالاكتئاب لدي المرضى في ظل توفر كل من المساندة الاجتماعية وتوظيف بعض استراتيجيات المواجهة (Holahan & Moos,1998,p.152). كما أسفرت دراسة "ويليامسون"(٢٠٠٠) عن أن للمساندة

الاجتماعية تأثيراً كبيراً في تعايش مرضى أورام الثدي مع الأحداث المثيرة للمشقة(Williamson,2000)). وأيدت دراسة "جوسي" النتائج السابقة، حيث نُظر للمساندة كمصدر للمواجهة لدى مرضى الأورام السرطانية، تساعدهم على تدبر التهديدات المرتبطة بالمرض Joyce, 1998)).

هذا عن الفرض الثاني، الذي أيدته نتائج الدراسة الراهنة، ونتائج الدراسات السابقة، بحيث نخلص إلى أن هناك تباين في شدة الاختلالات النفسية(المشقة النفسية وقلق الموت وتعلم العجز والميل للتشاؤم) بتباين توظيف المرضى وغير المرضى لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية.

المحور الثالث: نتائج تباين شدة الاختلالات النفسية بتباين توظيف مرضى أورام المثانة السرطانية وغير المرضى لأنماط مختلفة من استراتيجيات المواجهة

تدعم النتائج الراهنة صحة هذا الفرض، الذي يجيب عن سؤال الدراسة الثالث. حيث وُجد تباين في شدة الاختلالات النفسية(المشقة بأنماطها المتعددة، وقلق الموت، وتعلم العجز، والشعور بالتشاؤم) بتباين توظيف استراتيجيات المواجهة سواء لدى مرضى أورام المثانة السرطانية أوغير المرضى. ولتوضيح هذا التباين نرى أنه من الضروري عرض كل استراتيجية على حدة، وذلك لبيان الأثر الرئيس لكل استراتيجية من ناحية، ولتوضيح أثرها التفاعلي مع متغير الحالة الصحية من ناحية أخري، واستكشاف مدى اتساق هذه النتائج أوتعارضها مع نتائج الدراسات السابقة. وفيما يلي عرض لبيان كل استراتيجية على حدة:

١- استراتيجية المواجهة

بدت استراتيجية المواجهة من الاستراتيجيات الفعالة في التخفيف من حدة المشقة بوجه عام، والمشقة المادية بوجه خاص، ومن الشعور بالتشاؤم، وذلك في ضوء النتائج الراهنة، هذا عن أثرها الرئيس، أما عن التأثير التفاعلي لها، فهي تعد أكثر فعالية في خفض المشقة الكلية وعلى الأخص المشقة المادية والمشقة النفسية، وتعلم العجز لدي مرضى أورام المثانة السرطانية، وعلى الرغم من الدور الفعال لتلك الاستراتيجية في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية ـ في ضوء النتائج الراهنة ـ نجدها تتناقض مع نتائج الدراسات السابقة التي استخلصت أن مريضات أورام

الثدي(ن=٤٣) تُصبن بآثار نفسية سلبية في حالة اعتمادهن على المواجهة كاستراتيجية للمواجهة مع المرض Manne et al., 1994)).

٢- استراتيجية التخطيط

لم نجد سوى أثر رئيس وحيد لاستراتيجية التخطيط، حيث كان لها القدرة على التخفيف من حدة المشقة المادية بوجه عام، ولها نفس التأثير عند تفاعلها مع الحالة الصحية. في حين غاب تأثير هذه الاستراتيجية على باقي المتغيرات التابعة، وتأتي هذه النتيجة متسقة مع ما توصل إليه "فولكمان" و "لازاروس"، حيث وجدا أن استراتيجية التخطيط لم يكن لها تأثير فعال في خفض القلق والخوف والغضب لدى كبار وصغار السنFolkman & Lazarus,1988)).

٣- استراتيجية التنمية الذاتية

عجزت هذه الاستراتيجية عن إظهار أي تأثير لها سواء أكان تأثيراً رئيساً أو تأثيراً تفاعلياً مع الحالة الصحية في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، هذا على الرغم مما توصل إليه "بينيكس"(١٩٩٨) من وجود ارتباط عكسي بين استراتيجية التنمية الذاتية والأعراض الاكتئابية لدى مرضى الأمراض المزمنةPennix,1998)).

٤- استراتيجية التجنب

لم تكشف استراتيجية التجنب عن فعالية في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية سواء لدى المرضى أوغير المرضى، وهي نتيجة ربما تدعم ما توصل إليه "دينكل – شيتير" من أن التجنب كاستراتيجية للمواجهة يسبب ارتفاعاً في المشقة الانفعالية لدى مرضى أورام المثانة السرطانيةDunckel-Schetter et al., 1992)). كما توصل "كارفر" إلى نتيجة مشابهة للنتائج السابقة، حيث وجد أن التجنب يرتبط بالتوافق السيئ لدى مريضات أورام الثديCarver et al., 1993))، وزيادة مستوى القلق وانخفاض الهمة لديهنLivneh,2000)).

٥- استراتيجية الإفصاح

كشفت استراتيجية الإفصاح عن أثر دال في التخفيف من حدة المشقة الكلية والمشقة المادية لدى المرضى وغير المرضى، وأثبتت فعاليتها بصورة أوضح لدى المرضى في التخفيف من حدة هذه المشقة الكلية والمشقة المادية والمشقة النفسية، وقلق الموت، وتعلم العجز والشعور بالتشاؤم، ومن ثم فهي تبدو استراتيجية ذات كفاءة مرتفعة في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، وتتسق هذه النتائج مع دراسة

"هالستيد"(١٩٩٢) التي وجدت أن الإفصاح. كاستراتيجية للمواجهة. له أثر فعال في خفض المشقة لدى مرضى الأورام السرطانية Halstead et al.,1994)). وتحسن التوافق وجودة الحياة والحالة الصحية لدى المرضى عموماStanton et al.,2000)). كما تتفق نتائج دراستنا أيضا مع دراسة "شيلف" وآخرين(٢٠٠٠) التي وجدت أن ٨٥٪ من مرضى الأورام السرطانية يشعرون بالتفاؤل والأمل بمجرد تحدثهم عن انفعالاتهم Chelf et al..2000)).

٦- استراتيجية الإدراك الإيجابي

جاءت استراتيجية الإدراك الإيجابي مشابهة لاستراتيجية التخطيط، حيث لم نجد لها سوى أثر وحيد في التخفيف من المشقة المادية فقط، و يؤكد "كارفر" هذه النتيجة، حيث وجد أن لاستراتيجية الإدراك الإيجابي تأثير فعال كمتغير مهم للتنبؤ بانخفاض المشقة لدى عينة(ن =٥٩) من مريضات أورام الثدي Carver et) .(al.,1993

٧- استراتيجية التقبل

ظهر لاستراتيجية التقبل أثر رئيس في التخفيف من حدة المشقة الكلية والمشقة العلاجية والشعور بالتشاؤم، على حين غاب هذا الأثر عند تفاعلها مع متغير الحالة الصحية، واقتصر على التخفيف من حدة المشقة المادية لدى المرضى، وهي نتيجة متسقة مع ما توصل إليه "إبنج – جوردن" من أن استراتيجية التقبل تخفف من المشقة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية Epping-Jordain et al.,1999)). ولكنها تعارضت مع نتائج دراسة "ميللر" Miller(١٩٩٦)، التي أسفرت عن أن التقبل كاستراتيجية للمواجهة لدى المرضى يرتبط بزيادة الاكتئاب والقلق والمشقة النفسية Through: Livneh,2000)).

٨- استراتيجية الكبت

اتسمت استراتيجية الكبت بقدرتها الفعالة على خفض المشقة النفسية وقلق الموت وتعلم العجز والتشاؤم بوجه عام، في حين اختفى هذا التأثير عند تفاعلها مع الحالة الصحية، اقتصر تأثيرها على المشقة الكلية لدى المرضى، وهذه النتيجة تتسق مع "ليرمان" وآخرين(١٩٩٠)، الذي توصل إلى أن استراتيجية الكبت تقلل من المعاناة من المرض، ومن الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي، كما ترتبط مع انخفاض الشعور بالاكتئاب والقلق Lerman et al.,1990)).

٩- استراتيجية التوجه للدين

وُجد أن لاستراتيجية التوجه للدين أثر رئيس في خفض المشقة الكلية، وامتد هذا الأثر في حالة التفاعل مع متغير الحالة الصحية، حيث ظهر لها دور في التخفيف من المشقة الكلية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، وتتفق هذه النتيجة ما توصل إليه "براون" من أن لاستراتيجية التوجه للدين أثر فعال في تحقيق درجة من الراحة النفسية لدى مريضات أورام الثدي، وتخفيف حدة القلق والمشقة لديهن(Browin,1998)).

١٠- استراتيجية الإنكار

انحصر التأثير الرئيس لاستراتيجية الإنكار في التخفيف من حدة المشقة الكلية والمشقة العلاجية والمشقة المادية، بينما اتسع نطاق التأثير التفاعلي ليشمل التخفيف من حدة مشقة الأعراض والمشقة النفسية لدي غير المرضى، وقلق الموت وتعلم العجز والشعور بالتشاؤم لدى المرضى، وبدت هذه النتيجة مخالفة تماما لما وجده "تيلور" من حيث أن الإنكار ارتبط بدرجة من المواجهة السيئ، وبالتوافق السلبي لدى مرضى الأورام السرطانية(Taylor,1993,p.519)). في حين جاءت نتائج دراسة "ميشل"(١٩٩١) لتؤكد نتائج دراستنا الراهنة، حيث توصلت إلى أن الإنكار يرتبط مع تحسن المزاج لدى المرضى (Through: Livneh, 2000)).

هذا عن التأثير الرئيس لكل استراتيجية على حدة والتأثير التفاعلي لها مع متغير الحالة الصحية والذي أظهر كفاءة بعض الاستراتيجيات في التخفيف من حدة هذه الاختلالات النفسية، مثل استراتيجيات المواجهة والإفصاح والكبت والتوجه للدين والتقبل، على حين أظهرت النتائج عدم فعالية بعضها الآخر، مثل استراتيجيات التخطيط والإدراك الإيجابي والتمية الذاتية والتجنب لدى مرضى أورام المثانة السرطانية.

المحور الرابع: نتائج تباين شدة الاختلالات النفسية بتباين توظيف مرضى أورام المثانة السرطانية وغير المرضى لأنماط المساندة

تدعم النتائج الراهنة صحة الفرض الرابع الذي قدم كإجابة مؤقتة عن السؤال الرابع للدراسة، حيث تباينت حدة الاختلالات النفسية(المشقة بأنماطها المتعددة، وقلق الموت، وتعلم العجز، والشعور بالتشاؤم) بتباين توظيف مرضى أورام

المثانة السرطانية وغير المرضى لأنماط المساندة. ونعرض الآن لكل نمط من أنماط المساندة على حدة لبيان الأثر الرئيس والتفاعلي له من ناحية، ولتوضيح مدى اتساق هذه النتائج أوتناقضها مع نتائج الدراسات السابقة من ناحية أخرى.

١- المساندة الاجتماعية

جاءت النتائج الخاصة بتأثير نمط المساندة الاجتماعية بشكل متعارض مع نتائج الدراسات السابقة، حيث لم نجد أي تأثير دال على التخفيف من حدة الاختلالات النفسية سواء لدى المرضى أوغير المرضى، على سبيل المثال دراسة "بينينكس" (١٩٩٨) التي أجريت على (٧٩) مريضاً بأمراض مزمنة، ووجد أن هناك بعض المتغيرات التي لها تأثير إيجابي في تقليل بعض الأعراض الاكتئابية لدى المرضى، ومنها الحالة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية الحميمة مع المحيطين بهم (Penninx et al.,1998)). وفي دراسة أخري، أجريت على عينتين من مرضى الأورام السرطانية(المثانة والبروستاتة) وعينة من الأصحاء، انتهت نتائجها إلى أن المجموعة التي تلقت مساندة اجتماعية كانت أقل اكتئاباً، وقلقاً، وشكاوى جسمية(Evans,1995)). من ناحية أخرى كانت هناك بعض الدراسات تؤيد نتائجنا على سبيل المثال، ما توصل إليه " بولجير" من المساندة الاجتماعية من قبل المحيطين بمرضى الأورام السرطانية، لم تخفف من حدة المشقة النفسية للمرضى، ولم تقلل من فترة الشفاء الجسمي لهم، بل ساعدت على زيادة حدة المشقة لدى المرضى زيادة شديدة(Bolger, et al.,1996)). كما توصل "روبيرت" إلى أنه لا توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي لدى المرضى، في ظل ضبط بعض متغيرات الشخصية ومتغير العجز الاجتماعي(Roberts et al.,1994)).

٢- المساندة التقديرية

اقتصر التأثير الرئيس والتفاعلي للمساندة التقديرية على التخفيف من حدة المشقة المادية سواء لدى المرضى أوغير المرضى، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة "مارتين" حيث وجد أن المساندة التقديرية تفيد المرضى بشكل كبير بغض النظر عمن يقدمها(Martin et al.,1994)).

٣- المساندة المعلوماتية

أثرت المساندة المعلوماتية بشكل دال على التخفيف من حدة المشقة النفسية، أما تأثيرها التفاعلي، فقد ظهر في التخفيف من المشقة الكلية والمشقة المادية لدى

المرضى، وهذه النتيجة تتسق مع نتائج دراسة "تيلور" التي وجدت أن المساندة المعلوماتية لعينة من مرضى الأورام السرطانية تفيدهم بشكل كبير ليصبحوا أقل توتراً وتعباً، وأكثر تحسناً في الأعراض الاكتئابية((Taylor et al.,1986,p.608)). وأضاف " جويس " أن المساندة المعلوماتية تفيد بشكل فعال في تحقيق التوافق النفسي عند المرضى، خاصة عندما تقدم في مرحلة التشخيص، التي تختص بالشك والقلق((Joyce,1998)).

٤- المساندة الأدائية

بدا هذا النمط من المساندة نمطاً فعالاً في التخفيف من حدة المشقة الاجتماعية والنفسية وتعلم العجز لدى المرضى أوغير المرضى، في حين اقتصر دورها الفعال لدى المرضى في التخفيف من حدة تعلم العجز، وهي تتسق بشكل كبير مع النتائج السابقة التي تشير إلى أن للمساندة الأدائية أثراً قوياً في خفض الاكتئاب مع المرضى العاجزين وظيفياً((Penninx et al.,1998)). كما وجد "الفيري" النتائج نفسها، حيث تعد المساندة الأدائية أفضل أنماط المساندة للمرضى، وتسبب خفضاً في المشقة بعد الجراحة((Alferi,2001)). خاصة عندما تقدم في مرحلة العلاج لدى مرضى الأورام السرطانية((Joyce, 1998)).

٥- المساندة الوجدانية

لم تأت المساندة الوجدانية بأي تأثير فعال في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية سواء بالنسبة للمرضى أوغير المرضى، مثلها مثل المساندة الاجتماعية، وهي بذلك تعد نتيجة متعارضة مع النتائج السابقة، التي تؤكد دور المساندة الوجدانية في التخفيف من المشقة الانفعالية لدى مرضى الأورام السرطانية (Bloom et al., 1984 ; Alferi, 2001)، كما أنها ترفع من جودة الحياة لديهم، وتحسن من صورة المرضى عن ذواتهم((Marble,1999)).

هذا عن التأثير الرئيس لكل نمط من أنماط المساندة على حدة والتأثير التفاعلي لكل نمط مع متغير الحالة الصحية، والذي أظهر كفاءة بعض هذه الأنماط في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، على حين أظهرت النتائج عدم فعالية بعضها الآخر.

ولمزيد من تفصيل مناقشة العوامل التي قد تكون وراء اختلاف أواتفاق نتائجنا مع فروض الدراسة الراهنة - من ناحية - ومع نتائج الباحثين الآخرين من ناحية

ثانية، فإن هذا يمكن أن يتضح في ثنايا مناقشة نتائجنا في ضوء مختلف التصورات النظرية.

مناقشة النتائج بحثاً عن تفسير نظري لها

كشفت تحليلاتنا الإحصائية لأداء مجموعتي الدراسة(مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى) عن عدة نتائج، تتطلب التوقف عندها للتفسير والبحث عما يمكن أن يربط بينها، ويفسرها نظرياً، من أهمها النتائج الآتية:

١- وجود فروق دالة في مقدار توظيف استراتيجيات المواجهة وكفاءتها بين المرضى وغير المرضى.
٢- تأثير استراتيجيات المواجهة كل منها على حدة في تخفيف المعاناة من الاختلالات النفسية.
٣- وجود فروق دالة في البناء والوظيفة لكل نمط من أنماط المساندة بين المرضى وغير المرضى.
٤- تأثير تفاعلي للمواجهة والمساندة معاً في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية.

وفيما يلي نتناول كل نقطة من النقاط السابقة بالتفسير:

النتيجة الأولى: وجود فروق دالة في مقدار توظيف استراتيجيات المواجهة وكفاءتها بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى

قبل مناقشة هذه النتيجة لابد من النظر لأي استراتيجية في ضوء محكين أساسيين، هما: محك الاستخدام ومحك الكفاءة، حيث أن هناك خلطاً شديداً بين اختيار الفرد لاستراتيجيات المواجهة ومدى قدرة هذه الاستراتيجيات في تحقيق المواجهة الفعال. وهذا ما أوضحه "سولس"(١٩٩٦)، الذي وجد أن الأفراد ذوي العصابية المرتفعة أكثر استخداماً واختياراً للمواجهة بالمواجهة بالمقارنة بالأفراد ذوي العصابية المنخفضة، أي أن الاختلاف ينحصر في الاختيار والاستخدام، ولكن عند المقارنة في فعالية هذه الاستراتيجية، وجد أن كلا منهما يستخدم المواجهة بالمواجهة بطريقة غير فعالة في تقليل الاكتئاب(Suls et al.,1996).

وبالرجوع لنتائج الدراسة الراهنة، نجد أن هذه النقطة تتضح بشدة، حيث وجد أن غير المرضى أكثر استخداماً للمواجهة بشكل عام مقارنين بالمرضى، أي

أن الاختلاف هنا في مقدار الاستخدام، ولكن عند النظر إلى محك الكفاءة، لم نجد أي فرق دال بين المجموعتين لتأثير المواجهة على التخفيف من حدة الاختلالات النفسية. هذا عن المواجهة الكلية، أما عند النظر لاستراتيجيات المواجهة بشكل نوعي، نجد أن غير المرضى أكثر استخداماً لاستراتيجيات التخطيط والتنمية الذاتية والتجنب والإدراك الإيجابي مقارنين بالمرضى، هذا عند المقارنة في ضوء محك الاستخدام، أما عند النظر لمحك الكفاءة لهذه الاستراتيجيات، فلم نجد أي فعالية لهذه الاستراتيجيات في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية سواء لدى المرضى أوغير المرضى.

أي أنه من الخطأ النظر لمحك الاستخدام بأنه المحك الوحيد للحكم على فعالية الاستراتيجية، ولكنه من الأفضل النظر لكل استراتيجية في ضوء محك الكفاءة والفعالية في تحقيق الهدف من وراء استخدامها.

والذي يؤكد أهمية النظر إلى مدى تفعيل الاستراتيجية عند استخدامها، أننا وجدنا مجموعتي المرضى وغير المرضى تستخدمان استراتيجي الإفصاح والإنكار على نحو متعادل، ومع ذلك لم يظهر ارتباط بين استخدام هاتين الاستراتيجيتين، وانخفاض حدة الاختلالات النفسية إلا في نطاق المرضى فقط.

ولكن بالنظر لاستراتيجية المواجهة نجد أنه ينطبق عليها محكي كم الاستخدام والكفاءة، حيث وجد أن المرضى أكثر استخداماً لها مقارنين بغير المرضى، كما كان لها تأثير دال في خفض الاختلالات النفسية لدى المرضى.

ومن مناقشة النتيجة الأولى، نستطيع استخلاص نقطتين مهمتين، وهما:

١- مدى تفعيل الاستراتيجية تفعيلاً إيجابياً يفوق محك كثافة استخدامها في الدلالة على مدى انخفاض الاختلالات النفسية.

٢- كان المرضى أكثر قدرة على تفعيل ما يستعينون به من استراتيجيات تفعيلاً إيجابياً في خفض الاختلالات النفسية مقارنين بغير المرضى.

النتيجة الثانية: التأثير النوعي لاستراتيجيات المواجهة في تخفيف المعاناة من الاختلالات النفسية

من الاتجاهات السائدة بين الباحثين عند معالجتهم موضوع استراتيجيات المواجهة، تصنيف الاستراتيجيات اعتماداً على محك الوظيفة المنوطة من

الاستراتيجية، ولهذا ظهرت فئتان إحداهما تتضمن استراتيجيات المواجهة المرتكز على المشكلة، والأخرى تتضمن المواجهة المرتكز على الانفعالات، غير أن هذا التقسيم الفئوي يعاني بعض نقاط الضعف، أهمها:

١- أن هذا التقسيم الفئوي لاستراتيجيات المواجهة، غير واضح تماماً ويشوبه بعض الغموض، مما يجعل من الصعوبة إدراج بعض الاستراتيجيات تحت أي بعد من أبعاد المواجهة.

٢- أن الاستراتيجيات المدرجة تحت بعد المواجهة المرتكز على المشكلة غير منفصلة تماماً عن الاستراتيجيات المدرجة تحت بعد المواجهة المرتكز على الانفعالات، وذلك لوجود بعض الاستراتيجيات التي تجمع بين الوظيفتين معاً، ومن الصعب إدراجها تحت البعدين معاً، فعلى سبيل المثال، نجد استراتيجية التخطيط لا تخدم فقط بعد المواجهة المرتكز على المشكلة، بل تعمل على تهدئه الانفعال من ناحية أخري، أي أنها تحقق وظيفة أخري، تجعلها تندرج تحت بعد المواجهة المرتكز على الانفعالات. كذلك نجد أن استراتيجية الإفصاح لا تسعى فقط لتفريغ الانفعالات السلبية، بل تعمل أيضاً كاستراتيجية لطلب المساعدة من قبل المحيطين.

٣- صعوبة الفصل بين استراتيجيات المواجهة عند استخدام التحليل العاملي، حيث يؤدي ذلك إلى خروج عدد من الأبعاد الجديدة، إضافة إلى احتمال تشبع بعض البنود على البعدين معاً.

(Skinner, Edge, Altman & Sherwood,2003)

هذه الاعتبارات السابقة جعلتنا نبتعد عن هذا التصنيف الفئوي لاستراتيجيات المواجهة، ونُعنى في الدراسة الراهنة بالتأثير الرئيس النوعي لكل استراتيجية على حدة، أي كان مقصدنا هو ناتج الاستراتيجية، وليس الغرض منها.

ومن استعراض النتائج الخاصة بتأثير كل استراتيجية على حدة، نجد أن هناك بعض الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها وكفاءتها في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، مثل استراتيجية المواجهة، واستراتيجية الإفصاح، واستراتيجية الإنكار، واستراتيجية الكبت، واستراتيجية التوجه للدين لدى المرضى، فكانت تلك الاستراتيجيات فعالة عندما استخدمها مرضى أورام المثانة لمواجهة المشقة المتولدة عن المرض. وقد جاءت هذه النتائج متسقة مع نتائج الدراسات السابقة في بعض الأحيان، ومتعارضة في البعض الآخر من دراسة لأخرى . إلا أنه يمكن إرجاع هذا

الاختلاف بين النتائج لاختلاف طبيعة المرض وخصائصه، وهذا ما أكده "زاوترا" الذي وجد تنوع في نواتج استراتيجيات المواجهة وأرجع هذا التنوع إلى اختلاف خصائص الموقف المشق(Maes et al.,1996,p.228)).

وتشير النتيجة الثالثة إلى وجود فروق دالة في البناء والوظيفة لكل نمط من أنماط المساندة

لا نستطيع الحكم على أنماط المساندة من منظور محكي الاستخدام والكفاءة، وإنما يمكن النظر إليهما من منظورين مختلفين، وهما **المنظور البنائي**، والذي يعكس التقييم الذاتي لهذه العلاقات والمصادر الاجتماعية المتاحة للفرد من قبل المحيطين به، **والمنظور الوظيفي**، والذي يعتمد على إبراز دور وتأثير هذه العلاقات والشبكات الاجتماعية (Kaplan et al.,1993,p.143 ; Donald et al.,1984).

وبالرجوع لنتائج الدراسة الراهنة نجد أن هناك اتساقاً بين المنظور البنائي والمنظور الوظيفي لأنماط المساندة، حيث وجد - من قبل المنظور البنائي - أن هناك فروقاً دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة غير المرضى فيما يتلقوه من مساندة أدائية ومساندة تقديرية، في حين لم نجد أي فروق بينهما فيما يتلقونه من مساندة وجدانية ومساندة اجتماعية ومساندة معلوماتية، أما عن المنظور الوظيفي، فقد كان للمساندة الأدائية والتقديرية دور فعال في التخفيف من حدة بعض الاختلالات النفسية لدى المرضى، في حين لم يكن للمساندة الوجدانية والاجتماعية أي تأثير فعال في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية.

أي يتضح أنه كلما كان نمط المساندة مدرك بوجوده من قبل الفرد، حقّق الوظيفة والتأثير المرجو منه، بمعنى آخر، أن الحكم على مدى فعالية أنماط المساندة، لابد أن يكون في ضوء هذين المحكين - البناء والوظيفة - معاً.

وقد لوحظ أن نتائج دراستنا الراهنة بالنسبة للمساندة الاجتماعية والمساندة الوجدانية جاءت غير متسقة مع نتائج الدراسات السابقة، وربما يمكن تفسير عدم الاتساق من خلال ضرب بعض الأمثلة الموضحة، فلو تأملنا نمط المساندة الأدائية على وجه الخصوص، لأدركنا أنه نمط شامل وجامع لنمطي المساندة الوجدانية والاجتماعية، ونستوضح هذه النقطة من خلال عرض بند ممثل لبنود مقياس

المساندة الأدائية - كما استخدم في الدراسة الراهنة - وهو "يهتم أبنائي بجعلي نظيفاً باستمرار منذ أن منعني المرض من القيام بذلك"، إذن يبدو هذا البند أنه عاكس للمساندة الأدائية التي يحصل عليها المريض من الأسرة، ولكن عند تحليلنا لهذا البند، نجد أن الدافع وراء قيام الأبناء بذلك هو الحب والعطف، وبالتالي قُدم للمريض مساندة وجدانية في صورة أدائية، وهل يقوم الأبناء بذلك العمل دون أدنى تفاعل مع الأب المريض، وهنا يظهر الجانب الاجتماعي في المساندة الأدائية، إذن يمكن للمساندة الأدائية أن تحمل في مضمونها معان وجدانية اجتماعية تقدم للمريض في صورة مساعدات مادية.

هذا عن تحليلنا لبند واحد في مقياس المساندة الأدائية، والذي يعطينا مؤشراً على أن المساندة الأدائية تستوعب في مضمونها مساندة وجدانية ومساندة اجتماعية، ويجعلنا من ناحية أخري ننظر لكل نمط من أنماط المساندة بشكل تحليلي تجريدي، أكثر من النظر له بشكل عياني مادي.

وبالتالي نستخلص من نتائج دراستنا الراهنة المختصة بهذه النتيجة عدداً من الملاحظات:

١- أن للحكم على أي نمط للمساندة يكون من منظوري البناء والوظيفة، ويبدو أن هناك اتساقاً شديداً بينهما، حيث كلما أدرك الفرد أنه يحصل على المساندة المطلوبة، تحقق الغرض والوظيفة المطلوبة من هذا النمط، وليكن تخفيف حدة الاختلالات النفسية التي يعانيها المريض، وهذا ما أكده "دنكيل" وآخرون(١٩٩٠)، عند تفسيره لوجود بعض التأثيرات السلبية للمساندة، والتي أرجعها إلى أن المساندة ربما تكون متاحة، وندرك هذه المساندة المقدمة من قبل المحيطين بأنها عطف وشفقة، وبالتالي لا ندركها على أنها مساندة، ومن ثم لا تقلل أوتخفف المشقة، ولا تأتي المساندة بثمارها المتوقعة، لاختلاف إدراك الفرد لها(Sarafino,1998,p.101).

٢- ماذا يحتاج المريض على وجه الخصوص من أنماط المساندة، فقد جاءت الدراسة الراهنة لتشير إلى أن المريض قد تلقي كماً أكبر من المساندة الأدائية بالمقارنة بغير المرضى، وقد جاء هذا النمط فعال في التخفيف من حدة تعلم العجز لدى المرضى، وبالتالي تجعلنا هذه النتيجة ننظر للمساندة في ضوء ما يحتاجه الفرد، بمعنى أن المريض يحتاج إلى المساندة الأدائية بشكل يفوق

أي نمط آخر من المساندة، ومن ثم عندما يحصل عليها تحقق المساندة هدفها المرجو، وهذا ما أشارت إليه "بولجر"(٢٠٠٠) حيث أننا لا نشعر بالمساندة المقدمة عندما لا يتطابق نوع المساندة مع الحاجة التي تنتج عنها المشقة. وعندما تتطابق المساندة المقدمة من قبل المحيطين بالفرد مع حاجات الفرد، تقلل من المشكلات المرتبطة بالحدث، والتي بدورها تقلل المشقة (Bolger et al., 2000).

٣- يبدو أنه من الأفضل النظر لأي نمط من أنماط المساندة على أنه يمكن أن ينطوي على أكثر من نمط واحد، وهذا ما أوضحناه من المناقشة السابقة، بأن نمط المساندة الأدائية يحمل في طياته أنماطاً أخري من المساندة، مثل المساندة الوجدانية والمساندة الاجتماعية، رغم أن صورتها الظاهرية توحي بأنها مساندة أدائية.

أما النتيجة الرابعة، فيشير مضمونها إلى التأثير التفاعلي للمواجهة والمساندة معاً في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية

قدمت الدراسة الراهنة نتيجة شديدة الأهمية، حيث وجد أن هناك تأثيراً تفاعلياً دالاً بين المواجهة والمساندة على التخفيف من حدة جميع الاختلالات النفسية التي رصدتها الدراسة، في حين غاب هذا التأثير عند النظر لكل متغير منهما بشكل مستقل، بمعني أن تأثيرها أصبح دالاً عند تفاعلهما معاً.

وتتسق هذه النتيجة بشكل كبير مع نموذج "ردولف موس"، الذي جمع فيه بين نسقين أساسيين يؤثران معاً على حدث المشقة، وهما النسق البيئي الجامع لمصادر المساندة المتاحة للفرد من المحيطين به، والنسق الشخصي أوالذاتي الشامل لمصادر المواجهة المتوفرة للفرد(Holahan et al., 1992). وبالتالي فالعلاقة بين المواجهة والمساندة شديدة التفاعل، حيث يؤثر كل منهما في الآخر، وهذا ما أكده "موس"، حيث تؤدي المساندة الأسرية إلى زيادة استخدام طرق المواجهة الموجهة نحو مصدر المشقة، والتي تؤدى بدورها إلى تحسن العلاقات الأسرية وزيادة المساندة المدركة(Ptacek,1996,p.507). واضاف كل من "كرنس" و"وايز"(١٩٩٤) أن البيئة الاجتماعية تعد من أهم المؤثرات القوية لتوافق الفرد وتعايشه مع المرض، وأشارا كذلك إلى أن غياب المساندة الاجتماعية - التي توفرها البيئة الاجتماعية - من المحيطين بالمريض، تعد سبباً مباشراً لضعف توافق المريض وتعايشه مع مرضه، ومن

ثم فإن المرضى يحتاجون بشكل مستمر إلى مساندة اجتماعية من العائلة والأقارب والأصدقاء والجيران، وذلك لتعطيهم دافعاً للمواجهة مع مرضهم (Sarafino,1998,p.392). وتوصل "ستانتون"(٢٠٠٠) إلى أن استراتيجية الإفصاح تعد منبئاً بتحسين جودة الحياة لدى مريضات أورام الثدي السرطانية، ولكن في ظل توفر مساندة اجتماعية من المحيطين(Stanton,2000).

ونستخلص مما سبق أن العلاقة بين المواجهة والمساندة علاقة تبادلية، فكل منهما يؤثر في الآخر من ناحية، يؤثر تفاعلهما معاً على التخفيف من حدة المشقة النفسية المتولدة عن الحدث من ناحية أخري، أي لابد من توفر هذين النظامين معاً، حتى يتمكن المريض من التوافق والمواجهة مع المرض.

كما نتصور من هذه النتيجة - في ضوء العلاقة التبادلية فيما بينهما - أن لكل منهما نفس الهدف، وهو التخلص من موقف المشقة أوالتحكم في المشاعر الناتجة عنه والمصاحبة له، وهذا ما دفع بعض الباحثين للنظر للمساندة الاجتماعية كتعايش مساعد من قبل المحيطين بالفرد(Thoits,1986).

بالإضافة إلى أن بعض الباحثين يرون أنه على الرغم من كون المواجهة يتميز بأنه مجهود فردي، فهو يعتبر عملية منغمسة في إطار اجتماعي (Skinner et al.,2003).

في هذا الإطار، يمكننا أن نخلص إلى أن المواجهة والمساندة بمثابة عمليتان متلازمتان، لا يسهل تقدير تأثير كل متغير منهما على حدة، وأيهما أكثر أهمية من الآخر، وأن آثارهما يتحقق بشكل أفضل عندما يتفاعلان معاً.

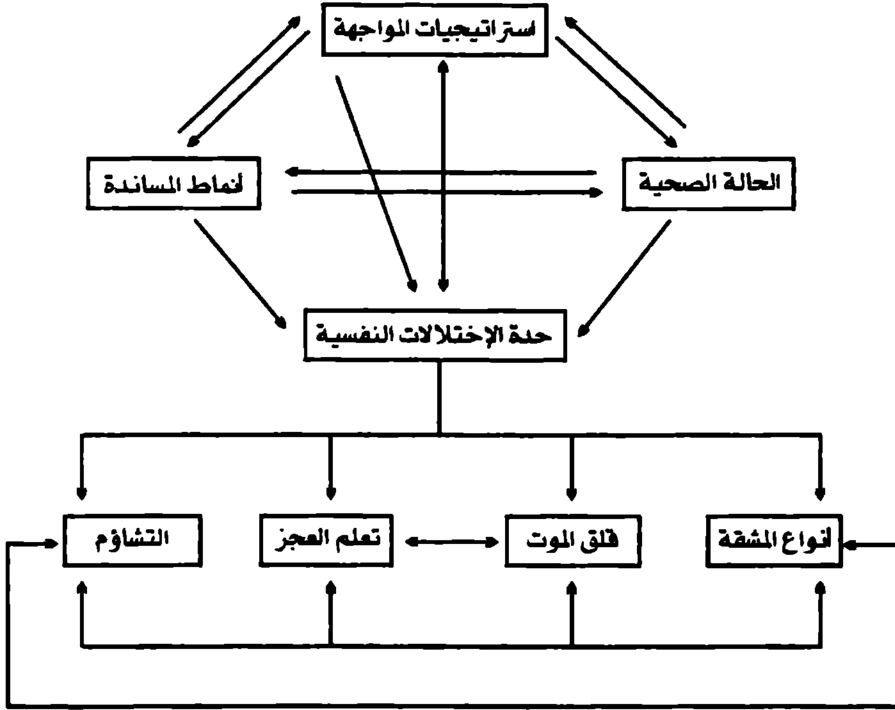
وبالانتهاء من مناقشة هذه النتائج الأربع نكون قد وصلنا إلى نهاية هذا الجزء من المناقشة، والصورة على هذا النحو تحثنا على محاولة وضع تصور نظري يمكن أن يجمع هذه النتائج المتعددة معاً، وهو مضمون الجزء الثالث من المناقشة.

دلالات النتائج وإمكانات اقتراح تصور نظري:

يتضح مما سبق مدى أهمية هذين المتغيرين - المواجهة والمساندة - في مجال المشقة بوجه عام، وفي منظومة أمراض الأورام السرطانية بوجه خاص، وذلك لما لهما

من دور بارز في التخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض، ذلك الدور الذي تكشفت ملامح له من خلال نتائجنا الراهنة ونتائج الدراسات السابقة.

وفي هذا الجزء نحاول التوصل إلى صياغة نموذج مقترح يمكن أن يقدم تفسيراً للعلاقة بين المواجهة والمساندة، وتأثيرهما على المشقة المتولدة عن المرض، وذلك كما يظهر في الشكل التالي:



شكل (٧- ١) نموذج نظري مقترح للعلاقة بين المواجهة والمساندة لدى مرضى أورام المثانة السرطانية

يشير الشكل السابق إلى أن هناك متغيرات مستقلة أساسية، وهى الحالة الصحية والمواجهة والمساندة، ومتغيرات تابعة متمثلة في مجموعة من الاختلالات النفسية، وهى المشقة النفسية وقلق الموت وتعلم العجز والشعور بالتشاؤم. كما يعرض هذا النموذج لمجموعة من العلاقات. نعرض لها على النحو التالي:

أولاً: العلاقة بين الحالة الصحية وكل من متغير المواجهة والمساندة، وتتمثل في الآتي:

١- تؤثر الحالة الصحية بشكل جوهري على استراتيجيات المواجهة التي يتبناها الفرد لمواجهة المشقة المتولدة عن الإصابة بمرض الأورام السرطانية، وتتضح هذه النتيجة من خلال ما توصلت إليه الدراسة الراهنة، من وجود فروق دالة بين مجموعة مرضى أورام المثانة ومجموعة غير المرضى في كم الاستخدام وكفاءة استراتيجيات المواجهة، الأمر الذي يوحي على أن الإصابة بالمرض المزمن تؤدي إلى تعديل وتغيير استراتيجيات المواجهة التي كان يتبناها الفرد من قبل، وهذه النتيجة أكدها "فيتالينو"(١٩٩٠) حيث ذكر أن الذي يحدد شكل ومضمون استراتيجيات المواجهة هو الحدث المثير للمشقة النفسية، وما يحتويه من مشكلات فرعية خاصة به((Taylor,1995,p.270)).

وبالرجوع لهذا النموذج النظري نجد أن التأثير بين متغير الحالة الصحية ومتغير المواجهة لا يسير في اتجاه واحد، بل يتضح أنه تأثير مزدوج، بمعنى أن استراتيجيات المواجهة تؤثر أيضاً على الحالة الصحية للفرد، وثبت هذا في الدراسة الراهنة، حيث وُجد أن استراتيجية الإنكار لها دور فعال في خفض مشقة الأعراض التي يعانيها مرضى أورام المثانة، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة، التي وجدت أن استراتيجيات المواجهة المتبناة من قبل المرضى تؤدي إلى تحسن الحالة الصحية((Schwartz,1999)). ومن ثم تأيد الفرض الأول: الذي يرى " أن هذا التأثير يتم من خلال التقليل من معدل أرجاع المشقة وشدتها التي يتعرض لها المريض"((Corsini,1994,v.1,p328)).

٢- أما عن تأثير متغير الحالة الصحية على متغير أنماط المساندة، فالفرد قبل الإصابة بمرض مزمن يحتاج من المحيطين به أنماطاً من المساندة تختلف عما يحتاجه منهم بعد إصابته بالمرض. لذا فالإصابة بالمرض تؤثر على تغيير أنماط المساندة التي يتلقاها المريض ويدركها، وثبت هذا من خلال وجود فروق دالة بين مرضى أورام المثانة وغير المرضى بالنسبة للمساندة الأدائية والمساندة التقديرية. وهذا يتفق مع النتائج السابقة، والتي توصلت إلى أن المساندة الأدائية تعد من أهم أنماط المساندة التي يحتاجها المريض(Dunkel-Schetter,1984). ويرجع ذلك للإصابة الفرد بالعجز عن أداء بعض المهام، ومن

ثم تعد المساندة الأداتية من أكثر الأنماط المطلوبة لدي المرضى بالمقارنة بغير المرضى.

هذا عن تأثير الحالة الصحية على أنماط المساندة، أما عن تأثير أنماط المساندة على الحالة الصحية، فاتضح أن للمساندة الاجتماعية تأثيراً فعالاً في تقليل الشكاوي الجسمية لدي مرضى الأورام السرطانية(المثانة والبروستاتة) .((Evans, 1995

٣- التأثير المتبادل بين متغير المواجهة ومتغير المساندة، تم التركيز على هذا التأثير المتبادل في الجزء السابق من المناقشة، والذي نستخلص منه أن للمواجهة تأثيراً فعالاً على إدراك المريض للمساندة بشكل إيجابي. كما تعمل المساندة من ناحية أخري كعامل مساعد لتعايش المريض مع مرضه((Baumeister, Faber, & Wallace,1999,p.62)).

وبالتالي نستخلص من هذا النموذج أن هناك تأثيرات متبادلة بين المتغيرات المستقلة الثلاثة، مما يجعلنا ننظر لكل متغير منها على حدة من منظور المؤثر (متغير مستقل) مرة، وننظر له مرة أخرى من منظور المتغير المستقل الذي يقبل التفاعل مع أي متغيرات مستقلة أخري.

ثانياً: تأثير المتغيرات المستقلة على التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، ويحتوى على الآتي:

١- فعن تأثير الحالة الصحية على حدة الاختلالات النفسية، يتضح بالمقارنة بين مرضى أورام المثانة وغير المرضى، أن متغير الحالة الصحية شديد التأثير على جميع الاختلالات النفسية، التي اهتمت بها الدراسة، وهذا يتفق مع النتائج السابقة،التي وجدت أن مرضى الأورام أكثر معاناة من قلق الموت والمشقة النفسية((SANDRA ET AL.,1999)). وبالتالي يتضح مدى معاناة مرضى أورام المثانة من المشكلات النفسية الناتجة عن الإصابة بمرض الأورام السرطانية.

٢- أما تأثير استراتيجيات المواجهة على حدة الاختلالات النفسية، فقد تبيَّن أن هناك تبايناً واضحاً في تأثير استراتيجيات المواجهة التي يتبناها المرضى بالفعل، حيث وجد أن استراتيجية المواجهة واستراتيجية الإفصاح أكثر فعالية في التخفيف من حدة هذه الاختلالات النفسية.

٣- تؤثر أنماط المساندة بشكل دال على التخفيف من حدة الاختلالات النفسية. ويبدو أن المساندة الأدائية لها دور بارز في التخفيف من تعلم المرضى العجز.
٤- أما عن تأثير تفاعل كل من المواجهة والمساندة، تبين من نتائج الدراسة أن التأثير التفاعلي بينهما له دور فعال في التخفيف من آثار المشقة النفسية.

نستخلص من العرض السابق مدى أهمية متغير المواجهة في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية، كذلك يتضح دور متغير المساندة في خفض المشقة المتولدة عن الإصابة بالمشقة، كما تبين أن العلاقة بين المواجهة والمساندة لها تأثير أكثر فعالية على التخفيف من المشقة، بمعنى أنه كلما كانت استراتيجية المواجهة ذات كفاءة عالية، في ظل وجود نمط محدد من المساندة التي يحتاجها المريض، كان التأثير فعالاً وقوياً.

ثالثا: العلاقات المتبادلة بين المتغيرات التابعة موضع الاهتمام:

يتضح من الأسهم المعروضة في النموذج السابق أن هناك شبكة من العلاقات بين هذه المتغيرات التابعة، بمعنى آخر أنها دائمة التفاعل فيما بينها، وما يؤكد هذه النظرة التفاعلية بين هذه المتغيرات، هو توفر الأدلة العلمية والنتائج التجريبية التي تبرهن على أننا أمام منظومة من المتغيرات النفسية المتفاعلة مع بعضها بعضا بشكل مستمر، ومن هذه الأدلة المطروحة، ما وجدته الدراسة الراهنة من وجود ارتباطات إيجابية دالة بين هذه المتغيرات، حيث وجد ارتباط دال بين المشقة وكل من قلق الموت والتشاؤم عند مستوى دلالة (٠.٠١)، كما ارتبطت المشقة بالعجز المكتسب عند مستوي دلالة (٠.٠٥)، أما الارتباط بين العجز المكتسب وكل من قلق الموت والتشاؤم فكان دال عند مستوى دلالة(٠.٠١)، والارتباط بين قلق الموت والتشاؤم فدال عند مستوى دلالة (٠.٠١).

وهكذا يوضح لنا النموذج المقترح السابق أننا بصدد منظومة من المتغيرات النفسية، تدخل معاً في علاقات ترابط وتفاعل على نحو ييسر من عملية التنبؤ. على سبيل المثال إذا كان لاستراتيجية ما القدرة على التخفيف من الشعور بالمشقة النفسية، فهذا التخفيف سينعكس بشكل غير مباشر على بقية المتغيرات المرتبطة بالمشقة، مما يؤدي إلى تخفيف مشاعر قلق الموت والعجز والتشاؤم. أي أن العلاقات

بين هذه المتغيرات التابعة يجعلنا نتصور أن هناك تأثيرات مباشرة للمتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة، وتأثيرات أخري غير مباشرة.

وبالانتهاء من عرض هذا النموذج النظري . الذي نأمل أن ينطبق على جميع الفئات المرضية أوحتى السوية عند مواجهتها لمصادر المشقة . يتبقى لنا طرح أوجه الإفادة من الدراسة الراهنة، وما تثيره من أسئلة مستقبلية.

أوجه الإفادة النظرية والتطبيقية من الدراسة

١- استجابة لما كشفت عنه البحوث من دور الاختبارات النفسية في مجال علم النفس الإكلينيكي عموماً، وعلم النفس الطبي على وجه الخصوص، وإشارة لما أوضحه بعض الباحثين من أهمية الدراسات التي تحاول الوقوف على دور أنماط استراتيجيات المواجهة وأنماط المساندة في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية، قدمت هذه الدراسة بطارية من الاختبارات النفسية لقياس كل من استراتيجيات المواجهة، والمساندة الاجتماعية، والمشقة، وقلق الموت، وتعلم العجز، والتشاؤم، وقد تمتعت جميعها بدرجة مقبولة من الثبات والصدق، كما أمكن الحصول على **عشرة مقاييس فرعية من اختبار المواجهة**، هي مقياس المواجهة و مقياس التخطيط ومقياس التنمية الذاتية ومقياس التجنب ومقياس الإفصاح ومقياس الإدراك الإيجابي ومقياس التقبل ومقياس الكبت ومقياس التوجه نحو الدين ومقياس الإنكار، كذلك قدمت **خمس مقاييس فرعية لأنماط المساندة** وهي: المساندة الاجتماعية والمساندة التقديرية والمساندة المعلوماتية والمساندة الأدائية والمساندة الوجدانية، كما أمكن تقديم **خمسة مقاييس فرعية تعكس مصادر المشقة** المتولدة عن الإصابة بمرض أورام المثانة السرطانية، وهي مشقة الأعراض والمشقة العلاجية والمشقة المادية والمشقة النفسية والمشقة الاجتماعية.

٢- يمكن الامتداد باستخدام هذه الأدوات والاختبارات النفسية للإفادة منها في مجالات الإرشاد النفسي لمرضى الأمراض المزمنة.

٣- الكشف عن طبيعة المشقة التي يخبرها مرضى أورام المثانة السرطانية، وتحديد صور الاضطرابات الجسمية والنفسية التي تلحق بهؤلاء المرضى.

٤- الكشف عن أدوار استراتيجيات المواجهة كل على حدة، ومدى فاعلية كل منها عند استخدام المرضى لها.

٥- ألقت الدراسة الراهنة الضوء على أهمية النظر لمتغير المساندة بشكل نوعي، وذلك لتحديد أنماط المساندة التي يحتاجها مرضى الأورام السرطانية أكثر من غيرها، وجدوى حصولهم على النمط المطلوب من المساندة في الوقت المناسب لهم. مما يعيننا على عمل برامج في سياق الإرشاد الأسري بهدف تقديم الأسرة لأنماط المساندة التي تحتاجها هذه الفئة المرضية.

٦- انصب تركيز الدراسات العربية والأجنبية السابقة في مجال العلاقة بين المشقة والمواجهة معاً على أنماط محدودة من الأورام السرطانية، ولم تحظ بهذا الاهتمام الأنماط الأخرى مثل أورام المثانة السرطانية، من هنا تعتبر الدراسة الراهنة إحدى المحاولات المعنية بالفئات المرضية الشائعة في المجتمع المصري.

٧- طرحت الدراسة الراهنة عدة تصورات نظرية، فقدمنا في الفصل الثالث تصوراً نظرياً عن العلاقة بين المتغيرات التابعة، وعرضنا كذلك في الفصل الحالي تصوراً نظرياً للعلاقة بين المواجهة والمساندة الاجتماعية ودورهما في التخفيف من المعاناة من الأمراض المزمنة.

٨- توظيف بعض نتائج الدراسة الراهنة في الإعداد والتخطيط لبرامج الإرشاد النفسي والمواجهة مع المشقة النفسية بوجه عام والوقاية من الإصابة بالأمراض النفسية بوجه خاص، وعمل برامج للراشدين لتدريبهم على استخدام استراتيجيات المواجهة بشكل فعال، بما يساعدهم على تقليل إحساسهم بخبرات المشقة التي يتعرضون لها.

٩- كذلك يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الراهنة في وضع برامج تأهيلية لمرضى الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى أورام المثانة بوجه خاص، نركز خلالها على التأثير الفعال لمتغير المواجهة في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية التي يعانيها مرضى الأورام السرطانية، وذلك حتى لا يقعوا فريسة للاضطرابات النفسية.

١٠- العمل على تدريب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي على استخدام هذه البرامج للتمكن من مساعدة هؤلاء المرضى للمواجهة مع مرضهم المزمن

بشكل كفء وفعال، بما يحتويه هذا الموقف من مشكلات قد تزيد من معاناة المرضى بشكل يفوق حدة المرض ذاته.

نظرة إجمالية لما يمكن أن تثيره الدراسة الراهنة من أسئلة للبحث

١- هل توجد صورة متميزة لتفاعل أنماط معينة من المساندة مع أنماط معينة من استراتيجيات المواجهة في مواجهة الاختلالات النفسية؟

٢- وما هي الصورة المثلى لتفاعل استراتيجيات المواجهة معاً على نحو يسمح بخفض الاختلالات النفسية؟

٣- وهل يؤثر تفاعل أنماط المساندة معاً بشكل أفضل في التخفيف من الاختلالات النفسية؟

٤- وهل يختلف توظيف استراتيجيات المواجهة وفقاً لمتغيرات من قبيل: مستوى التعليم، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، ومرحلة المرض، وجنس المرضى، ونمط العلاج، وطول فترة العلاج؟

٥- وهل يختلف توظيف أنماط المساندة وفقاً لمتغيرات من قبيل: مستوى التعليم، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، ومرحلة المرض، وجنس المرضى، ونمط العلاج، وطول فترة العلاج؟

٦- وهل يؤدي تدريب المرضى على اكتساب بعض الاستراتيجيات الفعالة في خفض حدة الاختلالات النفسية؟

٧- وما الدور الذي تقوم به استراتيجيات المواجهة للتخفيف من الأعراض الجانبية للمرض المزمن وللعلاج الطبي؟

٨- وما مدى مصداقية النموذج المقترح في ختام هذا البحث الراهن عند استخدامه في تفسير النتائج الخاصة بالأمراض المزمنة الأخرى؟

وبهذه الإسهامات التي عرضننا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون - أيضاً - قد وضعت بعض اللبنات لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعى إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة.

ملخص الفصل

عرضنا في الفصل الراهن ترجمة نفسية لنتائج الدراسة الراهنة، والتي سبق عرضها في صياغتها الإحصائية في الفصل السابق، وألحقنا بهذه الترجمة توضيح للمعاني المباشرة لها من الزاوية النفسية. وقد مررنا بعدة خطوات لتفسير النتائج وللكشف عن مزيد من الدلالات الأخرى لها. حيث بدأنا بتوضيح قدر اتساقها واختلافها مع الفروض التي بدأنا بها من ناحية، ومع نتائج الدراسات السابقة من ناحية ثانية. محاولين بذلك تفسير هذه النتائج، وتوضيح دلالاتها النظرية والتطبيقية لها. وثم توصلنا إلى نموذج نظري جامع لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الراهنة، وذلك لإلقاء نظرة أكثر شمولاً على الدراسة ككل، موضحين ما يمكن أن تسهم به الدراسة في مجال علم النفس الطبي، وما يمكن أن تثيره من أسئلة يمكن أن ترشد البحوث المستقبلية.

الملاحق

الملحق الأول

تعريفات المفاهيم التي وردت بالكتاب

A

Accepting responsibility

تقبل المسئولية، وهنا يسعى الفرد لقبول الموقف كما هو دون محاولة تغييره، أي قبول الموقف كحقيقة لا مفر منها.

Ambient Stressors

الضغوط المحيطة، وهي مجموعة الظروف البيئية المزمنة، كالضوضاء، والتلوث، والازدحام السكاني، والازدحام المروري، وكلها ضغوط مضايقة وتتطلب التكيف معها والتصدي لها، وتؤثر على عدد كبير من الأفراد، ومن الصعب إزالتها بمجهود فردي.

Appraisal Process

عملية التقييم، هي العملية المعرفية التي تتوسط بين المنبه أوالظرف والاستجابة الانفعالية، وهى عملية ضرورية لتقييم أهمية المنبه.

Attachment

التعلق، وهو نوع من الروابط الوجدانية التي تزود الفرد بالراحة والأمان، وتقدم عادة بواسطة شريك الحياة أومن خلال العلاقات المتبادلة مع الجنس الأخر.

Avoidance – Oriented Coping

المواجهة القائمة على التجنب، وهي تشمل المواجهة مع المشكلة إما بالبعد عن الآخرين، أوالتشتيت عن موضوع الحدث.

B

Background Stressors

الضغوط الهامشية، وهي مجموعة من الظروف، أوالخبرات اليومية التي تتصف بأنها ملحة ومتكررة ومستمرة وتكاد تكون روتينية، كما أنها أقل في تأثيرها عن الأحداث المشئومة، والضغوط الشخصية، وآثارها تدريجية، ومزمنة، وقد لا يجد الفرد صعوبة في التكيف معها، ولكن حين يتجمع عدد منها فقد تكون مكلفة مع مرور الوقت، وقد تصل خطورتها إلى حد ما للأحداث الصدمية، أوللضغوط الشخصية.

Biological mode☐

النمط الحيوي (العضوي)، ويمثل إحساس الفرد بأنه من الجيل السابق ولكنه مازال يعيش، بل يشعر بأنه سيعيش ليرى النسل القادم.

Bladder Cancer

أورام المثانة السرطانية، وهي نمو شاذ لمجموعة من الخلايا داخل نسيج المثانة البولية، ويؤدي إلى مشكلات خطيرة.

C

Cancer

الأورام السرطانية، لا تعد الأورام السرطانية. طبقاً للمراجع الطبية – مرضاً واحداً، بل هو مجموعة من الأمراض تحدث من خلال تغير في الخلايا الجسمية، وتسبب نمواً غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أوكومة، وبالتالي يُعرف مرض الأورام السرطانية بأنه "ورم ناتج عن تحول أوتغيير يصيب الخلايا البشرية"، ويطلق اسم السرطانية على كل الأورام التي لها ميل إلى الاستمرار أو إلى النمو، والتي تهلك الأنسجة السليمة، ولها صفة المعاودة بعد فترة قد تطول قليلاً أوكثيراً.

Cognitive Appraisal☐

التقييم المعرفي، وهو نشاط عقلي شمل الحكم، والتمييز، والاختيار، وتعتمد هذه العملية بشكل كبير على الخبرة الماضية للفرد.

Confrontative Coping

المواجهة بالمجابهة، وهو عملية اتخاذ خطوات إيجابية لمحاولة تغيير مصدر المشقة، أوعلى الأقل تحسين نواتجه، وتتميز هذه الاستراتيجية بالتوجه المباشر للحدث، وبالمجهودات المبذولة من قبل الفرد لتغيير الموقف، مثلما يحارب الفرد من أجل ما يريد.

Coping

مفهوم المواجهة. وهي عملية تنطوي على الاستراتيجيات المتعددة التي توجه استجابات الفرد للتصدى لموقف المشقة المدرك، وهذه الاستجابات إما أن تكون في اتجاه الوفاء ببعض المطالب المدركة الخاصة بموقف المشقة أوفي اتجاه التخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن موقف المشقة.

Coping Mechanisms

آليات المواجهة ،وهي العملية اللاشعورية الداخلية التي تعمل على تقليل التنافر المعرفي، وتقليص التغييرات المفاجئة في البيئة الداخلية والخارجية من خلال تعديل إدراك الفرد لهذه الأحداث.

Coping Responses

استجابات المواجهة ،وهي أي استجابة يقوم بها الفرد في مواجهة مواقف الحياة الخارجية، وذلك لتجنب المشقة النفسية أولمنعها أوالتحكم فيها.

Coping Strategies

استراتيجيات المواجهة، هي الاستراتيجيات المستخدمة لمعالجة المشكلات الفعلية أوالمتوقعة، وما ينتج عنها من انفعالات سلبية.

Coping Styles

أساليب المواجهة. وهي الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي ويوظفها في التعامل الإيجابي مع مصدر القلق أوالحدث المثير للمشقة النفسية أوالحدث الصدمي.

Creative mode

النمط الإبداعي، ويرجع إحساس الفرد بالبقاء إلى شعوره بأن عمله له تأثير واضح على مجتمعه، وثقافته، والمحيطين به، وبالتالي لن ينتهي هذا الأثر حتى بعد وفاته.

Cultural Worldview□

الإطار الثقافي العالمي، وهو مجموعة المعتقدات السائدة بين الأفراد المتكونة عن البيئة الواقعية، والتي تمدهم بمعنى القيم، وترتيبها، ومعاييرها، وثباتها.

D

Daily Hassles□

المضايقات اليومية، وهي مضايقات يومية يواجهها الفرد كجزء من روتين الحياة اليومية، وتتميز بأنها أقل شدة، وتختلف من يوم لآخر، وتؤثر في فرد معين، ويطلق عليها أحيانا مثيرات المشقة الصغرى.

Death Anxiety□

قلق الموت، ويشير إلى حالة انفعالية مكدرة، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار.

Defensive Pessimism

مفهوم التشاؤم الدفاعي، وهو نزعة إلى التوقع السلبي للأحداث المستقبلية، بغض النظر عن مستوى الأداء الفعلي للفرد.

Demands□

المطالب، يشير هذا المصطلح إلى المتغيرات التي يدركها الفرد على أنها مفروضة عليه في سياق معين يمثل مصدراً للمشقة مثل البيئة الفيزيقية أوالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، أو الأسرة، أوالإصابة بالأمراض أوإدراك أعراض المرض.

Denial□

الإنكار، وهو الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع.

Distancing□

المباعدة أوالعزل، وهنا يسعى الفرد إلى فصل أوعزل نفسه عن موقف المشقة، كمحاولته التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة التي تعد مصدراً للمشقة.

Distress Or Unpleasant Stress or Disease – Producing Stress

مصادر المشقة المكدرة أوغير السارة، وهي يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغيرات جسمية ومزاجية، لذا يطلق عليها مصطلح المشقة المحدثة للمرض، مثل وفاة شخص عزيز، أوالإصابة بمرض مزمن، أو التقاعد ...الخ.

E

Ego

الأنا، هو الوصلة المباشرة مع العالم الخارجي، ويسعى الأنا لتحقيق التوازن بين العالم الخارجي بمعاييره وضوابطه وبين عالم الهو الغريزي برغباته واندفاعاته.

Emotion – Focused Coping

المواجهة المرتكز على الانفعالات، وهي المجهودات المتعددة لتنظيم ردود أفعالنا تجاه موقف المشقة أكثر من محاولة تغيير الموقف.

Emotional Support

المساندة الوجدانية، ويقصد بها مشاعر المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أويمر بخبرة اكتئاب، أوحزن، أوقلق، أوفقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الوجدانية المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات، أوالتقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد بأن له قيمة وأنه محبوب.

Escape – Avoidance

الهروب - التجنب، ويلجأ الفرد من خلال هذه الاستراتيجية إلى تجنب هذه المشكلة من خلال التدخين أوتعاطي العقاقير أوالأكل، وذلك كمحاولة لنسيان أوطرح المشكلة جانبا، أوالهروب لكي لا يواجهها.

Esteem Support or Appraisal Support

المساندة التقديرية، وهي تمد الفرد بالعائد أوبالتعبيرات الإيجابية والمعلومات المناسبة لعملية التقييم الذاتي من خلال عملية المقارنة الاجتماعية، ويسمى هذا النمط من المساندة أيضا بالمساندة التقييمية، حيث تساعد الفرد على بناء مشاعره الخاصة بتقييم ذاته وتكاملها، وتبرز أهمية هذا النوع من المساندة في مرحلة إدراك المشقة.

Experience or Experimental mode

النمط التجريبي أوالخبراتي، وينتج هذا الشعور من كفاءة الفرد في التعامل مع الحياة، فهذا التصور يتسم بأنه حالة نفسية تأخذ شكل الذروة الهائلة لخبرة الفرد أوإحساسه بوجوده حياً.

F

Fixation and Regression

التثبيت و الارتداد، ومن خلال آلية التثبيت والارتداد يثبت الفرد على واحدة من مراحل التطور بسبب أن المرحلة التالية لها محملة بالقلق والتوتر، ويحدث التثبيت لدي الطفل لكي يحمي نفسه من القلق بسبب تعلمه الاستقلال والاعتماد على نفسه في المرحلة القادمة. أما مفهوم الارتداد، فهو قريب من معنى التثبيت، ولكن في حالة الارتداد يرجع الفرد إلى المرحلة السابقة من مراحل التطور عندما يواجه بخبرات صدمية.

Guidance

الإرشاد والتوجيه، ويتمثل في الثقة في الآخرين الذين يقدمون النصيحة سواء أكانوا من أفراد العائلة أم من الأصدقاء.

I

Id

الهو، ويختص بناء الهو بكل ما هو موروث وغريزي، ويعد الهو أساس الشخصية ومصدر طاقة هذا النظام، حيث تسعى هذه الغرائز الهوية الناتجة عن مصادر حيوية وجسمية للإشباع من خلال مصدر خارجي، وذلك لتقليل التوتر الناتج عنها. وينتج التوتر وعدم الراحة مع زيادة هذه الطاقة الناتجة عن تنبيه داخلي، والتي لا يستطيع الهو تحمله، وبالتالي يبحث الهو عن الخفض الفوري لهذا التوتر دون اهتمام بقيم المجتمع ومعاييره، ويسمى هذا الميل نحو الإشباع الفوري بمبدأ اللذة، ويقسم "فرويد" هذه الغرائز إلى الغريزة الجنسية وغريزة الموت وغريزة العدوان.

Immature Defenses

الآليات غير الناضجة، وهي مجموعة النشاطات غير الفعالة في تحقيق الصحة النفسية، كالإسقاط، والعدوان السلبي.

Informational Support

المساندة المعلوماتية، ويقصد بها التزويد بالنصيحة، والإرشاد أوالمعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أوالمواجهة مع مشاكل البيئة أومشاكله الشخصية، وأيضا تزوده بالأرجاع المناسبة لما ينبغي أن يقوم به لمواجهة المشكلة.

Instrumental Support

المساندة الأدائية، وتشمل المساعدة المادية أوالمالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغا من المال، أودفع الفواتير، أوالمساعدة في الأعباء المنزلية، أومساعدته للقيام ببعض الأعمال البسيطة.

L

Learned Helplessness

العجز المكتسب، حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة تكرار تعرضه لأحداث مشقة تتسم بفقدان القابلية للتحكم فيها من قبل الفرد.

M

Moral Anxiety

القلق الأخلاقي، ينشأ عن شعور الفرد بالجرم والذنب من التصرفات والدفعات الفريزية غير المقبولة، التي يشعر الفرد بأنه يفعلها أوحتى يفكر فيها.

N

Natural mode

النمط الطبيعي، ينتج إحساس القلق من الموت من خلال تصور الفرد عن نفسه بأنه جزء من الكون الذي ينتمي له، كما أنه جزء من الطبيعة، وبالتالي يفترض الفرد أن كل شيء مستمر حتى بعد وفاته.

Nature Defenses

الآليات الناضجة، وهي مجموعة النشاطات الفعالة في تحقيق الصحة النفسية للفرد، كالاستمناء، والتفريغ.

Networks Support

المساندة الاجتماعية، ويقصد بها الاندماج مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وكذلك تمد الفرد بالمشاعر اللازمة للفرد ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية.

Neurotic Anxiety

القلق العصابي وينتج القلق العصابي من المشاعر الناتجة بسبب الخوف من العجز عن السيطرة على هذه الرغبات، أوبسبب التصرف بطرق غير مشروعة قد تعرضه للعقاب.

Neurotic Defenses

الآليات العصابية، هي مستوى آخر من هذه الآليات يندرج بين الآليات الناضجة والآليات غيرالناضجة، ويعرف بالآليات العصابية، وتشتمل على آليات مثل آلية إعادة التكوين، وآلية الكبت.

O

Opportunity for Nurturance

فرص الرعاية، ويقصد بها مشاعر المسئولية عند الفرد، وغالبا ما يتم تضمين الأبناء الذين يقدمون للفرد الإحساس بالاحتياج لهم.

P

Perceived Support

إدراك المساندة، ويشير إلى الاعتقاد في أن هذه السلوكات المساعدة سوف يتم تقديمها عند الحاجة إليها.

Personal Stressors

الضغوط الشخصية، يتضمن مثل هذا النوع من مثيرات المشقة الإصابة بمرض مزمن، أووفاة الأعزاء، أوفقدان العمل. وتتميز هذه الضغوط الشخصية بعدد من الخصائص، وهي:

١. أنها تؤثر عادة على عدداً قليل من الأفراد في أي وقت، وأحيانا يمكن التنبؤ بها أوتوقعها.
٢. ويحدث أشد تأثير لها وأقساه في بداية وقوع الحدث.
٣. ويمكن حدوث التوافق ومواجهة الحدث بمجرد أن تنتهي أسوأ الفترات، وإن كان هذا لا ينطبق دائما على جميع الحالات.

Pessimism

التشاؤم، هو الميل للتوقع السلبي للأحداث القادمة، ولتوقع العجز عن المواجهة الفعال، على نحو يجعل الفرد يوصف بالغم والكآبة، كما يجعله أكثر ميلا لتوقع الفشل في المستقبل، ويجعله ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل.

Planful Problem – Solving

التخطيط لحل المشكلة، ويسعى الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة، وهو يشتمل على عملية التفكير في كيفية المواجهة مع الحدث، مثل عمل خطة لمواجهة المشكلة ونواتجها.

Pleasant Stress or Eustress

مصادر المشقة السارة، وتعد مشقة صحية، ولا تؤثر على الفرد بشكل سلبي، وهي تؤدي إلى تحسن في جودة الحياة، مثل أعباء منصب جديد أوالترقية لدرجة أعلى بها مهارات محددة أوالدخول في تكوين شركة تدر ربحا غزيراً يحتاج لإدارة فنية ذات توجهات تخطيطية.

Positive Reinterpretation□

إعادة التأويل الإيجابي، يسعى الفرد إلى فصل أوعزل نفسه عن موقف المشقة، كمحاولته التفكير في أشياء أخرى غيرالمشكلة التي تعد مصدراً للمشقة.

Preceive□

الإدراك، ويؤكد هذا المصطلح أهمية العمليات المعرفية لتحقيق المواجهة، فإدراك الفرد لخطورة الموقف يعد أكثر أهمية من الخطورة الفعلية للموقف.

Primary Appraisal

العملية بالتقييم الأولي، هي العملية التي تختص بتقييم الأفراد لأهمية الموقف أوالحدث.

Problem – Focused Coping

المواجهة المرتكز على المشكلة، هي كل المجهودات المعرفية والسلوكية لتقليل التهديد أولخفض المشقة من خلال التغلب على مصدر المشكلة أوالتهديد.

Projection□

الإسقاط، يحاول الفرد الذي تسيطر عليه مشاعر القلق غير محتملة إلى كبت أوكف هذا القلق من خلال عزوه إلى فرد آخر. فعلى سبيل المثال. يحول الفرد مشاعر الغضب أو الكراهية إلى فرد آخر، مما يؤدي إلى تقليل التوتر لديه.

R

Rationalization□

التبرير، ويعد التبرير شكلاً آخر من أشكال الآليات الدفاعية، وهو محاولة تبرير المشاعر من خلال إعطاء تبريرات وأعذار، فالشخص الذي لا يطيق تصرفات زوجته، قد يرجع هذا الضيق إلى ضغط العمل وليس بسبب تصرفات زوجته.

Reality Anxiety

القلق الواقعي، يشتق القلق الواقعي من القلق العصابي والقلق الأخلاقي، وهو الخوف من الأخطار الواقعية في العالم الخارجي، حيث يدرك الأنا الخطر الموجود في البيئة، ومن ثم ينشأ القلق الواقع.

Received Support

تلقى المساندة، وتشير إلى أنماط محددة من السلوك مثل تقديم النصيحة، أوالطمأنة التي تقدم بواسطة أعضاء الشبكة الاجتماعية.

Repression

الكبت، هو نسيان أوطرح الذكريات المؤلمة أوالمهددة من الشعور، ويحدث الطرح في مواجهة الدفعات الغريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية وأخلاقية، فيسعى الكبت إلى كف الدفعات المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور.

Restraint Coping

المواجهة بكبح مصدر المشقة، وهو انتظار توفر الفرصة المناسبة للتخلص من مصدر المشقة، ويعد هذا الكبح إيجابيا عندما يسعى الفرد سلوكيا لتوفير هذه الفرصة، بينما يعد هذا الكبح سلبياً عندما لا يبذل الفرد أي جهد، وبالتالي ينتظر حدوث الفرصة بدون مجهود.

S

Secondary Appraisal

العملية بالتقييم الثانوي، هي قياس المصادر المتاحة أوالمتوفرة لدى الفرد للتعايش مع التهديد المدرك.

Seeking Instrumental Support

طلب المساندة الأدائية، ومن خلال هذه الاستراتيجية يسعى الفرد للحصول على راحة وجدانية ومعلومات ومساعدات مادية من المحيطين به، مثل تحدث الفرد مع الآخر لفهم الموقف واكتشافه بشكل أفضل.

Self - Control

التحكم الذاتي، وتحتوي هذه الاستراتيجية على المجهودات المبذولة من قبل الفرد لتنظيم مشاعره وانفعالاته الناتجة بسبب موقف المشقة.

Self-esteem☐

التقدير الذاتي، اعتقاد الفرد المكون طبقاً للكيفية التي يعيش بها مع القيم الموجودة في الإطار الثقافي.

Social integration☐

التكامل الاجتماعي، ويشير إلى الاهتمامات التي يشارك فيها الفرد الآخرين، وتقدم من خلال شبكة الأصدقاء والزملاء الذين يقدمون الرفقة والفرصة للمشاركة في الاهتمامات والقيم.

Social Support☐

المساندة الاجتماعية، وهي إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له، يثق فيهم، ويهتمون به في أوقات الأزمات، يمدونه بأنماط المساندة المتعددة، سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة مساعدة مادية، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معاً.

Spirital mode☐

النمط الروحاني، يعالج هذا النمط إمكانية أواحتمالية زيادة التفكير في الموت، وسببها الواضح - من وجهه نظرهم - هو معارف الفرد الدينية والروحانية، فالفرد طبقا لهذا التصور يُكوِّن اعتقاداً بأن الجسد فان، أما الذات والروح فهما باقيان، أي أن هذا النمط الروحاني يتجاوز الوجود المادي للجسم.

Staging☐

المرحلة، هي العملية التي تحدد عمق الورم في العضو ومدى انتشاره في الأجزاء الأخرى من الجسم.

Strategies☐

مصطلح الاستراتيجيات، تشير الاستراتيجيات إلى استجابات الفرد وفقا لمتغيرات الموقف، ومن ثم نتوقع تعدد الاستراتيجيات نظراً لاختلاف مواقف المشقة التي يواجها الفرد.

Stress

المشقة، هي العلاقة الخاصة بين الفرد والبيئة، والتي يُقيمها الفرد على أنها مهددة لذاته ومتجاوزة لمصادره وإمكاناته.

Sublimation

السمو، هو الحل الطبيعي للصراعات الناتجة عن الغرائز الهوية، ويقصد به "تحويل أوإبدال الطاقة من موضوعها، والذي يكون غالبا جنسي إلى موضع آخر يكون مقبولاً اجتماعياً". فالطفل المهدد بالاستمناء، ربما يسمو أويحول هذه الطاقة الجنسية إلى شكل اجتماعي مقبول كالسباحة أوركوب الخيل.

Super Ego

الأنا الأعلى، يعد بمثابة القاضي والحاكم على صحة الأشياء من خطئها، فهو يسعى إلى المثالية والمعايير والأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءاً من العالم الداخلي للفرد أثناء تطور الشخصية.

Support Provider

مقدم المساندة، وهو الذي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى توفير المساندة المطلوبة من قبل الآخرين.

Support Recipient

متلقي المساندة، وهو الشخص ذو التوقع والإدراك المسبق عن المساندة.

Support Schemata

مخطط المساندة، وهي تشمل إدراك الفرد ومعلوماته وتوقعاته عن إمكانية البيئة الاجتماعية في تقديم المساندة، التي يحتاج لها الفرد لمواجهة المشقة، وهذا المكون يعكس التوجه المعرفي للمساندة الاجتماعية، فالفرد ذو التوقع الإيجابي للمساندة الاجتماعية يسعى دائما لتكوين ولتنمية علاقات متعددة مع المحيطين به في البيئة الاجتماعية، لتوفير كم مناسب من المساندة المتاحة من قبل الآخرين.

Supportive Relationships

علاقات المساندة، يعتمد هذا المكون على التوقعات السابقة لدى الفرد عن أهمية المساندة، وبالتالي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى الحصول على المساندة المطلوبة في هذا الموقف.

Supportive Transactions□

صفقات المساندة. وهي أشبه بسلوك المقايضة أوالصفقة بين فردين على الأقل، حيث يسعى مقدم المساندة إلى تقديم أنماط متعددة من سلوك المساندة لشخص آخر، بينما يحاول الآخر بذل مجهود لاستقبال هذه السلوكات المتاحة.

Suppression of competing activities□

قمع النشاطات المتعارضة، أي طرح كافة النشاطات المتداخلة مع مصدر المشقة، وذلك لتجنب التشتيت بعيداً عن الحدث، وكذلك لزيادة التركيز والانتباه لمعالجة مصدر المشقة.

Symbolic Immortality□

البقاء الرمزي، الاستجابة التوافقية المتوقعة لمحاربة الموت ومواجهته بواقعية.

T

Terror Management Theory□

نظرية تدبر الهلع، من أبرز المناحي النظرية الحديثة نسبياً في تفسير مفهوم قلق الموت، وهى تصف الطرق والآليات التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد نتيجة وعيهم وشعورهم بأنهم سيموتون في يوم ما. وترى النظرية أن قدرة الفرد على التحليل السببي، وتكوين توقعات، وصورته عن ذاته تزيد من وعيه بالموت، ومن هنا يساعد الإطار الثقافي - الذي يعيش فيه الفرد - وظيفيا على تدبر هذا القلق والهلع.

Traumatized events

الأحداث الصدمية، تعتبر الكوارث الطبيعية، والحروب، والحوادث النووية، والحرائق، والعنف الوحشي والبدني، وحوادث السياق الاجتماعي المحدد (كالتمثيل بجثث الضحايا أمام أسرهم مثلما كان يحدث في البوسنة والهرسك، وحروب لبنان)، أمثلة لهذا النوع من الأحداث، والتي تتسم بأنها: (أ) تُحدث للإنسان من الناحية النفسية أقداراً من الكرب والضيق والهم والغم والقلق، (ب) ويعاني كل فرد من هذا الكرب والضيق بدرجة تختلف عما يعانيه منها فرد آخر، (ج) ويكون فوق طاقة الفرد وقدراته: بمعنى أنه لا قبل له به لأنه يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية التي يمكنها مواجهة أحداث الحياة المثيرة للمشقة النفسية على مدار اليوم أو الحياة بكاملها، (د) وأن الفرد قد يحتاج لبرامج الخدمات النفسية المتخصصة للتغلب على الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة.

Tumor

الورم، كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث و غير طبيعي.

Turning to religion

التوجه للدين ،حيث يتجه الفرد للدين ساعيا للحصول على الأمن والطمأنينة من خلال علاقة الفرد بربه، وبالتالي يزداد ميل الفرد للقراءة في الدين والفرائض محاولا بذلك توفير السلوى لنفسه.

U

Unrealistic Pessimism

مفهوم التشاؤم غير الواقعي، نزعة التوقع السلبي للأحداث المستقبلية، مع وجود اعتقاد بأنه من الصعب تعرض الفرد لهذه الأحداث.

الملحق الثاني

قاموس المصطلحات الواردة في الكتاب

A

Accepting Cancer / Maintaining Positive Attitude	تقبل الأورام السرطانية واستمرار الاتجاه الإيجابي
Accepting responsibility	تقبل المسئولية
Adaptation Energy	الطاقة التكيفية
Adversity	البلاء
Affective Regulation	التأثر الديني
Affliction	الكرب
Alarm Reaction	مرحلة الإنذار
Ambient Stressors	الضغوط المحيطة
Ambiguity	الغموض
An Individual Characteristic Explanatory Style	الأسلوب التفسيري المميز للفرد
Anger	الغضب
Anline or Dye – Stuff	أورام الصبغة
Annoyance	الغيظ
Anti – Cancer Drugs	العقاقير المستخدمة ضد الورم السرطاني
Appraisal / Transactional Processes	العمليات التقييمية والتعاملات
Appraisal Process	عملية التقييم
Appraisal Support	المساندة التقييمية
Apprehension	توقع الشر
Attachment	التعلق
Attribution Theory	نظرية العزو أوالتعليل

Avoidance – Oriented Coping	التعايش القائم على التجنب
B	
Background Stressors	الضغوط الهامشية
Behavior Escape / Avoidance	الهروب/ التجنب السلوكي
Behavioral Disengagement	التحول السلوكي
Benign	الأورام الحميدة
Bilharzia (Schistosoma)	البلهارسيا (الشيستوسوما)
Biogenic Stressors	المصادر الحيوية الوراثية
Biological mode	النمط الحيوي (العضوي)
Biological Therapy	العلاج الحيوي (البيولوجي)
Biomedical Model	النموذج الحيوي الطبي
Biopsychosocial Model	النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي
Bladder Cancer	أورام المثانة السرطانية
Bladder Cancer Association with Schistosomiasis	أورام المثانة البلهارسي
Buffering – Effect Model	نموذج تخفيف الأثر
C	
Cancer	الأورام السرطانية
Catharsis	التفريغ
Changeability	القابلية للتغيير
Chemical agents	العوامل الكيميائية
Chemotherapy	العلاج الكيميائي
Chronic Irritation	الالتهاب المزمن
Cognition	المعرفة
Cognitive Escape / Avoidance	الهروب/ التجنب المعرفي
Common Stress Syndrome	زملة أعراض المشقة الشائعة

Competence	الكفاءة
Conflict	الصراع
Confrontation	التصدي
Confrontative Coping	تعايش بالمجابهة
Contextual Interpretation	التفسير السياقي
Contingency	احتمالي
Controllability	القابلية للتحكم
Coping	مفهوم التعايش
Coping Mechanisms	آليات التعايش
Coping Responses	استجابات التعايش
Coping Strategies	استراتيجيات التعايش
Coping Styles	أساليب التعايش
Coping Traits	سمات التعايش
Coping with Treatment – Related Side Effects	التعايش مع الآثار الجانبية للعلاج
Shock Phase Counter	مواجهة طور الصدمة
Creative mode	النمط الإبداعي
Crisis Theory	نظرية الأزمة
Cultural Anxiety Buffers	مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق
Cultural Worldview	الإطار الثقافي العالمي
Cystectomy	جراحة استئصال المثانة كلها
Cystoscopy	منظار تشخيص المثانة

D

Death Anxiety	قلق الموت
Deeper Kind	النوع العميق
Defense Mechanisms	الآليات الدفاعية

Defensive Pessimism	مفهوم التشاؤم الدفاعي
Dejection	الغم
Deliverance	الاستسلام
Demands	مصطلح المطالب
Denial	الإنكار
Denial of Reality	إنكار الواقع
Departing this Life	الرحيل عن الحياة
Developmental Interpretation	التفسير الارتقائي
Diagnosis Related Stress	المشقة المرتبطة بالتشخيص
Disease – Producing Stress	المشقة المحدثة للمرض
Diseases of Adaptation	أمراض التكيف،
Distancing	المباعدة أو العزل
Distancing	الابتعاد
Distraction	عامل التشتيت
Distress Or Unpleasant Stress	مصادر المشقة المكدرة أوغير السارة
Dynamics	مصطلح الديناميات
E	
Ego	الأنا
Emotion	الانفعال
Emotion – Focused Coping	التعايش المرتكز على الانفعالات
Emotional Preoccupation	عـامـل الاستغراق الوجداني
Emotional Support	المساندة الوجدانية
Environmental system	النسق البيئي
Escape – Avoidance	الهروب ـ التجنب
Esteem Support	المساندة التقديرية

Eustress	المشقة الصحية
Experience or Experimental mode	النمط التجريبي أو الخبراتي
External Control	التحكم الخارجي
F	
Fantasy	الوهم أو الخيال
Fixation and Regression	التثبيت و الارتداد
Flow Cytometry	تحليل عينات من البول أونسيج المثانة
Functional Perspective	المنظور الوظيفي
G	
General Adaptation Syndrome	نظرية زملة التكيف العام
Global Versus Specific	أسلوب التفسير العام في مقابل الخاص
Going to Heaven	الذهاب إلى الجنة
Grief	الحسرة
Guidance	الإرشاد والتوجيه
H	
Hardship	العناء أو الشدة
Harm	الضرر
Human companionship	العشرة الاجتماعية
I	
Id	الهو
Immature Defenses	الآليات غير الناضجة
Immunization by a contrary expectation	الحصانة عن طريق التوقعات المضادة
Immunization by discriminative control	الحصانة عن طريق التحكم التمييزي

Immunotherapy	العلاج المناعي
Industrial hazards	الأخطار الصناعية
Informational Support	المساندة المعلوماتية
Instrumental	عامل وسيلي
Instrumental Support	المساندة الأدائية
Intellectualization Isolation	العزل الذهني
Internal Control	التحكم الداخلي
Intravenous Pyelogram	أشعة بالصبغة على المسالك البولية
Intravesical Chemotherapy	العلاج الكيميائي الداخلي
L	
Learned Helplessness	العجز المكتسب
Load	الحمل
Locus of Control	مصدر الضبط
Loss	الفقدان
M	
Main - Effect Model	نموذج التأثير الرئيسي
Maintenance of Activity and Independence	استمرار المثابرة والاستقلال
Malignant	الأورام الخبيثة
Mastery	عامل السيادة
Mature Defenses	الآليات الناضجة
Meaningful social contact	الاتصال الاجتماعي الهادف
Metastasizing	عملية الانتشار
Moral Anxiety	القلق الأخلاقي
Motivation	الدافعية
N	
Natural mode	النمط الطبيعي

Neoplasm	نماء
Networks Support	المساندة الاجتماعية
Neurotic Anxiety	القلق العصابي
Neurotic Defenses	الآليات العصابية
O	
Opening up	الإفصاح أوالبوح
Opportunity for Nurturance	فرص الرعاية
Overcompensation	التعويض الزائد
P	
Palliative	عامل تسكيني
Partial or Segmental Cystectomy	جراحة استئصال جزء من المثانة
Penis	القضيب
Perceive	مصطلح الإدراك
Perceived Support	وإدراك المساندة
Personal Stressors	الضغوط الشخصية
Personal system	النسق الذاتي أوالفردي
Pessimism	التشاؤم
Pessimistic Explanatory Style	أسلوب التفسير التشاؤمي
Phenacetin – Containing Drugs	العقاقير المحتوية على مادة الفينستين
Photodynamic Therapy	العلاج الضوئي
Planful Problem – Solving	التخطيط لحل المشكلة
Planning	التخطيط
Pleasant Stress	مصادر المشقة السارة
Positive Focus	التركيز الإيجابي
Positive Reinterpretation	إعادة التأويل الإيجابي

Primary Appraisal	العملية بالتقييم الأولي
Problem – Focused Coping	التعايش المرتكز على المشكلة
Process	العملية
Projection	الإسقاط
Prostate Gland	غدة البروستاتة
Psychological Reaction to Stress	المشقة النفسية
Psychological Stress	المشقة النفسية
Psychosocial Stressor	المصادر النفسية الاجتماعية
Psychosomatic Diseases	الأمراض السيكوسوماتية
Punishment	العقاب

R

Radiation therapy	العلاج الإشعاعي
Rage	الهياج
Range	الكم أوالمقدار
Rationalization	التبرير
Reaction Formation	تكوين رد الفعل
Reality Anxiety	القلق الواقعي
Received Support	تلقى المساندة
Recurrence	التكرار
Redical Cystectomy	جراحة الاستئصال الجذري للمثانة
Relative strength of the outcomes	القوة النسبية للنواتج
Repression	الكبت
Resection and Biopsy	استئصال جزء من الورم
Response - Outcome Independence	العائد المستقل عن الاستجابة
Restraint Coping	التعايش بكبح مصدر المشقة
Reunion	اجتماع الشمل في الحياة

	الأخرى
S	
Sadness	الحزن
Secondary Appraisal	العملية بالتقييم الثانوي
Seeking and Understanding Medical Information	طلب المعلومات الطبية
Seeking Instrumental Support	طلب المساندة الأدائية
Seeking Social Support	طلب المساندة الاجتماعية
Self - Control	التحكم الذاتي
Self – Esteem	تقدير الذات
Self-efficacy	الكفاءة الذاتية
Self-esteem	التقدير الذاتي
Separation	الانفصال
Sexual Related Stress	المشقة الجنسية
Shock Phase	طور الصدمة
Shutting down	المنع أوالكبت
Social and Personal Resources	المصادر الشخصية والاجتماعية
Social bonds	الروابط الاجتماعية
Social integration	التكامل الاجتماعي
Social networks	الشبكات الاجتماعية
Social Related Stress	لمشقة الاجتماعية
Social Support	المساندة الاجتماعية
Social Support /Direct Problem	المساندة الاجتماعية والحل المباشر للمشكلة
Social Support /Direct Problem	طلب المساندة
Somatic Related Stress	المشقة الجسمية:
[illegible] mode	النمط الروحاني
[illegible] versus Unstable	أسلوب التفسير الثابت في مقابل

	غير الثابت
Stage of Exhaustion	مرحلة الإنهاك
Resistance Stage of	مرحلة المقاومة
Staging	المرحلة
Strain	الضغط
Straits	الضيق
Strategies	مصطلح الاستراتيجيات
Structural Perspective	المنظور البنائي
Sublimation	السمو
Super Ego	الأنا الأعلى
Superficial Kind	النوع السطحي
Support Provider	مقدم المساندة
Support Recipient	متلقي المساندة
Support Schemata	مخطط المساندة
Supportive Relationships	علاقات المساندة
Supportive Transactions	صفقات المساندة
Suppression of competing activities	قمع النشاطات المتعارضة
Surgery	العلاج الجراحي
Symbolic Immortality	البقاء الرمزي
Systemic Treatment	العلاج النظامي
T	
Terror Management Theory	نظرية تدبر الهلع
The Chemically induced Bladder Cancer	أورام المثانة الناتجة عن أسباب كيمائية
The Expectation	التوقع
The Pleasure Principle	مبدأ اللذة
The Reality Principle	مبدأ الواقعية

The Syndrome of just being sick	زملة أعراض الشعور بالاعتلال
The Triadic Design	التصميم الثلاثي
Threat	التهديد
Transactions	التعاملات
Trauma	الصدمة
Traumatized events	الأحداث الصدمية
Treatment Related Stress	المشقة المرتبطة بالعلاج
Tumor	الورم
Turning to religion	التوجه للدين
Two Factor Theory of Death Anxiety	نظرية العاملين في قلق الموت

U

Undoing	الإبطال
Undoing	العزل
Uninary Diversion	جراحة تحويل مجرى البول
Unrealistic Pessimism	مفهوم التشاؤم غير الواقعي
Ureters	الحالب
Urethra	قناة مجرى البول
Urinalysis	تحليل البول
Urination	عملية التبول
Urine	البول

V

Vagina	المهبل
Valance	القيمة
Venting Emotion	تفريغ (إخراج) المشاعر
Voluntary Response	الاستجابة الاختيارية أو الإرادية

W

Work Related Stress	المشقة المرتبطة بالعمل

المراجع

- المراجع العربية.
- المراجع الأجنبية.
- مصادر من شبكات المعلومات.

المراجع العربية:

١- إحصاء معهد الأورام السرطانية(٢٠٠١). التابع لجامعة القاهرة.

٢- أحمد عبد الخالق(١٩٨٧). **دليل تعليمات مقياس قلق الموت**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٣- أحمد عبد الخالق(١٩٨٧). **قلق الموت**. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب: سلسلة عالم المعرفة.

٤- أحمد عبد الخالق(١٩٩٦). **دليل تعليمات القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٥- أحمد عبد الخالق(١٩٩٨).التفاؤل والتشاؤم وقلق الموت. **مجلة دراسات نفسية**، ٨(٣)، ٣٦١- ٣٧٤.

٦- أحمد عبد الخالق(٢٠٠٠). التفاؤل والتشاؤم عرض للدراسات العربية. **مجلة علم النفس**، ١٤(٥٦)، ٦- ٢٧.

٧- أحمد عبد الخالق، محمد نجيب الصبوة، فريح العنزي(١٩٩٥). **القلق لدي الكويتيين بعد العدوان العراقي**. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

٨- أحمد عبد الخالق؛ غسان صالح(١٩٩٩). الانشغال بالموت دراسة مقارنة على عينات سورية. **مجلة دراسات نفسية**، ٢(٩)، ١٧٧ ـ ١٨٩.

٩- أحمد عبد الخالق: مايسة النيال(١٩٩١). الفروق في قلق الموت بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. **مجلة علم النفس**، ٥(٢٠)، ٥٠- ٦٣.

١٠- إيمان زايد(١٩٩٧). **قلق الموت واكتئاب الموت لدى بعض الفئات المرضية**. رسالة دكتوراه(غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

١١- بدر الأنصاري(١٩٩٨). **التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات**. جامعة الكويت. مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

١٢- تراس ستورر: روبرت يوسنجر: جيمس نيباكين: روبرت ستيبنس (١٩٩٦).**أساسيات علم الحيوان**. ترجمة: محمد عبد الواحد، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

١٣- جمعة سيد يوسف(١٩٩١)ترتيب أحداث الحياة المثيرة للمشقة ـ دراسة حضارية مقارنة. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، سبتمبر. العدد الأول. ١٠١ – ١٢٠.

١٤- جمعة سيد يوسف(٢٠٠١).**النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية: مراجعة نقدية**. القاهرة: دار غريب.

١٥- جيهان أحمد حمزة(٢٠٠٢). **دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والمواجهة معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل**. رسالة ماجستير(غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١٦- حسن عبد الطيف: لولوة حماده(١٩٩٨). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعدي الشخصية. جامعة الكويت: **مجلة العلوم الاجتماعية**، ٢٦(١)، ٨٣- ١٠٨.

١٧- حسن مصطفى عبد المعطي(١٩٩٢).ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية. جامعة الزقازيق: **مجلة كلية التربية**، ١٩، ٢٦١- ٣٢٤.

١٨- رجب رجب شعبان، رجب على شعبان(١٩٩٠)**مقياس أساليب استيعاب المواقف الضاغطة**. الفيوم: أم القري.

١٩- رجب شعبان(١٩٩١)دراسة مقارنة للأساليب الاستيعابية للمواقف الضاغطة في كل من البيئة الأمريكية والمصرية. **المؤتمر العلمي الأول لدور التنمية في تنمية المجتمعات المحلية**، جامعة الزقازيق: كلية التربية، ٦٥ – ٨٨.

٢٠- صفوت فرج(١٩٨٩).**القياس النفسي في علم النفس**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢١- عبد الرقيب أحمد البحيري(١٩٨٩). **كراسة تعليمات مقياس احتمالية الانتحار**. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

٢٢- عبد الستار إبراهيم(١٩٩٨).**الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

٢٣- عبد الفتاح القرشي(٢٠٠١)**تصميم البحوث في العلوم السلوكية**. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

٢٤- عزة عبد الكريم(٢٠٠١).**استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين "دراسة تجريبية"**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٢٥- عويد سلطان المشعان(٢٠٠٠). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالاضطرابات النفسية والجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلاب الجامعة. **مجلة علم النفس**، ١٠(٤)، ٥٠٥- ٥٣٢.

٢٦- فؤاد أبو المكارم: خالد بدر(٢٠٠٢)."تعاطي المواد النفسية وعلاقته بانحرافات السلوك عند تلاميذ المدارس الثانوية(بنين)". في: مصطفي سويف وآخرين(محرر)**تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية(بنين)دراسات ميدانية في الواقع المصري**. المجلد الثامن، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية

٢٧- فؤاد خليل: رشاد الطوبي؛ أحمد الحسيني: محمد حافظ: عطا الدويلي (١٩٨٢)**علم الحيوان العام**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢٨- فيفيان أحمد فؤاد(٢٠٠١). **العلاقة بين التعرض لمثيرات المشقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض سمات الشخصية**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٢٩- كليفلاند هيكمان؛ لاري روبرتس؛ فرانسس هيكمان(١٩٨٨).**الأساسيات المتكاملة لعلم الحيوان**. ترجمة: مصطفى المفتي، القاهرة: الدار العربية للنشر والتوزيع.

٣٠- لنيدزاى و بول(٢٠٠٠)**مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**. ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣١- لويس مليكه(١٩٩٦). **دليل مقياس وكسلر . بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣٢- لويس مليكه(١٩٩٦).**كراسة تعليمات مقياس وكسلر . بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣٣- مايسة شكري(١٩٩٩). أنماط السلوك الصحي كأساليب لمواجهة مواقف المشقة. **دراسات نفسية**، ٤(٩)، ٥٥٩ – ٥٨٤.

٣٤- محمد نبيل عبد الحميد(١٩٩٥). قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلبة الجامعة. ***مجلة علم النفس***، ٩(٣٥)، ١٠٤-١٢١.

٣٥- محمد نجيب الصبوة(٢٠٠٠). مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها علي كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: دراسة وبائية إكلينيكية. **مجلة الثقافة النفسية**، سبتمبر، ٤٤ (١١)، ٧٩- ١١٧.

٣٦- مصطفى سويف(١٩٩٨). **مشكلة التنظير في علم النفس**. محاضرة ألقيت في اللقاء العلمي (سيمنار) لقسم علم النفس، بآداب القاهرة، جامعة القاهرة (غير منشورة).

٣٧- ناجي الخشاب(١٩٩٦). **قلق الموت دراسة نفسية ـ اجتماعية في العلاقة بين الإدراك المتبادل بين مريض الإيدز والمحيطين به وتوافقه النفسي الاجتماعي**. رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٣٨- نبيل حنا(١٩٩٠). **مرض السرطان من منظور اجتماعي**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣٩- وسام أحمد العثمان(١٩٩٥). **الأبعاد الاجتماعية لمرض السرطان: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية بالتطبيق على المجتمع القطري**. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٤٠- وفاء أمام عبد الفتاح(٢٠٠٢).**العلاقة بين التعرض لمخاطر التلوث في بيئة العمل الصناعي واضطراب بعض الوظائف النفسية**. رسالة ماجستير(غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E. & Teasdale, J.D., (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. ***Journal of Abnormal Psychology***, 87(1), 49-74.

2- Aldwin, C.M., & Reveson, T.A., (1987). Does Coping help? A Reexamination of the relation between coping and mental health. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 53,337-348.

3- Aldwin, C.M.; Sutton, K.J.& Lachman, M., (1996). The Development of Coping Resources in Adulthood. ***Journal of Personality***, 64(4), 837-871.

4- Alferi, S.M.; Carver, C.S; Antoni, M.; Weiss, S. & Duran, R.E., (2001). An Exploratory Study of Social Support, Distress, and Life Disruption Among Low- Income Hispanic Woman Under Treatmenf for Early Stage Breast Cancer. ***Health Psychology***. 20(1), 41-46.

5- American Cancer Society, (2000). ***After Diagnosis: A Guide for Patients and Families***. 3-29.

6- American Cancer Society, (1999). ***Understanding Chemotherapy:A Guide for Patients and Families***.1-41.

7- Anastasi, A.,(1990).***Psychological Testing***. New York: Macmillan.6th(ed).

8- Andersen, B.L.; Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R., (1994).A Biobehavioral Model of Cancer, Stress, and Disease Cours". ***American Psychologist,*** 49(5), 389-404.

9- Andersen, S.M.; Spielman, L.A. & Bargh, J.A., (1992). Future Events schemes and certainty about the future: Automatically in Depressives future – Events predictions .***Journal of Personality and Social Psychology***, 63(4), 711-723.

10- Aronson. E.: Wilson. T. & Akert. R.. (1999). ***Social Psychology***. New York: Longman.
11- Badr.M.M., (1983). The History of Tumors of The Urinary Bladder. In: Elsebai, I., & Hoogstraten, B., (eds.) ***Bladder Cancer.*** Florida: CRC Press, chapter1, 2-13.
12- Banks. S.M., & Kerns. R.D., (1996). Explaining High Rates of Depression in Chronic Pain: A Diathesis – Stress Framework. ***Psychological Bulletin***, 119(1), 95 –110.
13- Baumeister, R.E.; Faber. JE. & Wallace, H.M., (1999). Coping and Ego Depletion: Recovery after the coping process. In: Snyder. C.R. (eds.). ***Coping: The psychology of what works.*** New Yark: Oxford university press.
14- Bellavia, G.M., (2002). Terror management by proxy: can romantic partners alleviate anxieties about death?. ***The Sciences & Engineering***, 63(5), 2646.
15- Bender, A.; Gomes. J.; Anderson, J.A.& Abdullah, S., (1994). Smoking among health professionals. ***Medical Education***, 28(2), 151-157.
16- Bloom, J.R.& Spiegel, D., (1984). The Relationship of Two Dimensions of Social Support to The Psychological well – Being And Social Functioning of woman with Advanced Breast Cancer. ***Social Science and medicine***, 19(8), 831-837.
17- Bloom. J.R., & Kessler, L., (1994). Emotional Support Following Cancer: A Test of the stigma and Social Activity Hypotheses. ***Journal of Health and Social Behavior***, 35(June), 118-1133.
18- Boden, J.M., & Baumeister, R.F., (1997). Repressive Coping: Distraction Using Pleasant Thoughts and Memories. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 73 (1), 45-62.
19- Bolger, N., & Zuckerman, A., (2000). Invisible Support and Adjustment to stress. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 79 (6), 935-961.
20- Bolger, N., (1990). Coping as a Personality Process: A Prospective Study. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 59(3), 525-537.
21- Bolger, N.; Foster, M.; Vinokur, A.D., & Ng, R., (1996). Close Relationships and Adjustment to a Life Crisis: The Case of Breast Cancer. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 70 (2), 283-294.
22- Bonder, E., & Mikulincer, M., (1998). Learned Helplessness and the Occurrence of Depressive – Like and Paranoid – Like Responses: The Role of Attentional Focus. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 74(4), 1010-1023.
23- Brehm, S.S.; Kassin. S. & Fein, S., (1999). ***Social psychology.*** New York: Houghton Mifflin Company.
24- Brown, D., (1998). Study will look at religions effect on Breast cancer patients. ***Woman's Health Weekly***, November 1-3.
25- Brown, G.W., (1989). Life Events and Measurement. In: Brown, G.W., & Harris, T.O., (eds.), ***Life Events and Illness.*** London: Unwin Hyman, chapter1, 3-44.
26- Bruce.O.J.(1996). Richard L. Solomon and Learned helplessness. ***Integrative Physiological & behavioral science***, 31(4), 331-338.
27- Bulter. L.; Koopman. C.; Classen, C., & Spiegel, D.. (1999). Traumatic Stress. Life Events, And Emotional Support in Woman with Metastatic

Breast Cancer: Cancer – Related Traumatic Stress Symptoms Associated With Past and Current Stressors. ***Health Psychology***, 18 (6), 555-560.

28- Burish, T.G.; Snyder, S.L & Jenkins, R.A., (1991). Preparing Patients for Cancer Chemotherapy: Effect of Coping Preparation and Relaxation Interventions. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,*** 59(4), 518-525.

29- Carey, M.P.& Burish, T.G., (1988). Etiology and Treatment of the Psychological Side Effects Associated With Cancer Chemotherapy: A Critical Review And Discussion. ***Psychological Bulletin,*** 104(3), 307-325.

30- Carver, C.S. & Scheier, M.F., (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 66(1), 184-195.

31- Carver, C.S.; Scheier, M.F., & Weintraub, J.K., (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 56(2), 267-283.

32- Caver, C.S; Pozo, C.; Harris; S.; Noriega, V.; Scheier, M.; Roboinson, D.; Ketcham, A.; Moffat, F.; & Clark, K.; (1993). How Coping Mediates the effects of Optimism on Distress: A Study of Woman With Early stage Breast Cancer. ***Journal of Personality and Social Psychology,*** 65 (2), 375-390.

33- Chang, E.C, (2001). ***Optimism & Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice.*** Washington: American Psychological Association.

34- Chang, E.C., (1996). Cultural Differences in Optimism, Pessimism, and Coping: Predictors of Subsequent Adjustment in Asian American and Caucasian American College Students. ***Journal of Consulting Psychology***, 43(1), 113-123.

35- Chang, E.C., (1998). Dispositional Optimism and Primary and Secondary Appraisal of a Stressor: Controlling for Confounding Influences and Relations to Coping and Psychological and Physical Adjustment. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 74(4), 1109-1120.

36- Chelf, J.H.; Deshler, A.M.; Hillman.S. & Durazo – Arvizu, R., (2000). Storytelling: A Strategy for Living and Coping with Cancer. ***Cancer Nursing,*** 23(1), 1-5.

37- Chibnall, J.T.; Videen, S.D.; Duckro, P.N.& Miller, D.K., (2002). Psychosocial – Spiritual Correlates of death distress in patients with life – threatening medical conditions. ***Palliative Medicine***, 16,331-338.

38- Classen, C.; Koopman, C.; Angell, K. & Spiegel, D., (1996). Coping Style Association with Psychological Adjustment to Advanced Breast Cancer. ***Health Psychology***, 15(6), 434-437.

39- Cleeland, S.C.; Mendoze, T.R.; Wang, X.; Chou, C.; Harle, M.T.; Morrissey, M. & Engstrom, M., (2000). Assessing Symptom Distress In Cancer Patients. The M.D. Anderson Symptom Inventory. ***Cancer***, October 89 (7), 1634-1648.

40- Cloninger, S.C., (1996). ***Personality Description, Dynamics, and Development.*** New York: W.H. Freeman and Company.

41- Cobb, S., (1976). Social Support as a moderator of Life stress. ***Psychosomatic Medicine***, 38, 300-314.

42- Cohen. F., (1987). Measurement of coping. In: Kasl, S., & Cooper, C., (Eds.) ***Research Methods in stress and Health Psychology***. New York: John Wiley & Sons. chapter 10, 274-283.

43- Cohen, S. & Hoberman, H.M., (1983). Positive events and Social Support as Buffers of life change stress. ***Journal of Applied Social Psychology***, 13,99-125.

44- Cohen, S. & Wills, T., (1985). Stress, Social Support, and The Buffering Hypothesis. ***Psychological Bulletin***, 98(2), 310-457.

45- Collett, L., & Lester, D., (1969). The Fear Of Death And The Fear Of Dying. ***Journal of Psychology***, 72,179-181.

46- Compas, B.E.; Worsham, N.L.; Epping – Jordan, J.E.; Grant, K.E.; Mireault, G.; Howell, D.C.& Malcarne, V.L., (1994). When Mom Or Dad Has Cancer: Markers of Psychological Distress in Cancer Patients, Spouses, and Children. ***Health Psychology***, 13(6), 507-515.

47- Conte, H.; Weiner, M. & Plutchik, R., (1982). Measuring Death Anxiety: Conceptual, Psychometric, and Factor-Analytic Aspects. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 43(4), 775-785.

48- Corsini, R.I., (1994). ***Encyclopedia of Psychology***. New York: John Wiley and sons, vol. (1), 325-328.

49- Cox, T., (1995). "Stress, Coping, and Physical health". In: Broome, A., & Liewelyn, S.,(2th ed), ***Health Psychology: process and applications***. London: Chapman & Hall, chapter2, 21-35.

50- Cutrona, C.E., (1996). ***Social Support in Couples Marriage as a Resource in time of Stress***. London: SAGE Publications.

51- Dakof, G.A.& Taylor, S.E. (1990). Victims perceptions of Social support: what is helpful from whom?. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 58,80-89.

52- Dakof, G.A., (1987). Family Support and The Cancer Patient. ***The Annual Convention of The American Psychological Association***, August (1), 1-23.

53- Dantzer, R., (1993). ***The psychosomatic Delusion Why the Mind Is Not the Source of All Our Ills***. New York: The free press.

54- Dember, W, N; Martin, S.; Hummer. M.K. Howe, S., & Melton, R., (1989). The Measurement of Optimism and Pessimism. ***Current Psychology Research and Review***, 8(2), 102-119.

55- Diane, L.B., & Joni, A.M., (1990). The effects of Social Demand on Breast, Self – Examination Self Report. ***Journal of Behavioral Medicine***, 13(2), 194-201.

56- Dohrenwend, B.S. & Shrout, P.E., (1985). Hassles in The Conceptualization and Measurement of Life Stress Variables. ***American Psychologist***, 40(7), 780-785.

57- Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P., (1974). A Brief historical Introduction to Research on Stressful Life Events. In: Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (eds) ***Stressful Life events: Their Nature and effects***. NewYork: John Wiley & Sons, chapter1,1-6.

58- Donald, C.A., & Ware, J.E., (1984). The Measurement of Social Support. ***Community and Mental Health***, 4, 325-370.

59- Dropkin, M.J. & Corln, R., (2001). Anxiety, Coping Strategies, and Coping Behaviors in Patients undergoing Head and Neck Cancer Surgery. ***Cancer Nursing***, 24(2), 143-148.

60- Dunckel – Schetter,C.,(1984). Social Support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. ***Journal of Social Issues,*** 40,77- 98.

61- Dunkel-Schetter, C.; Feinstein, L.G.; Taylor, S.E.& Falke, R.L., (1992). Pattern of Coping With Cancer. ***Health Psychology***, 11(2), 79-87.

62- El - Aaser, A., & El – Merzabani, M., (1983). Etiology of Bladder Cancer. In: Elsebai, I. & Hoogstraten, B., ***Bladder Cancer,*** Florida: CRC Press, chapter3, 40-51.

63- Ell, K., (1996). Social Network, Social Support and Coping With Serious Illness: The Family Connection. ***Social science and medicine***, 42(2), 173-183.

64- Endler, N.S.& Parker, J.D., (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 58(5), 844-854.

65- Endler, N.S.; Summerfeldt, L.J., & Parker, J.D., (1998). Coping with health problems: Developing a Reliable and valid multidimensional measure. ***Psychology Assessment,*** 10 (3), 195-205.

66- Epping–Jordan, J.E.; Compas, B.E.; Osowiecki, D.M.; Oppedisano, G.; Gerhardt, C.; Primo, K., & Krag, D.N., (1999). Psychological adjustment in breast Cancer: processes of emotional distress. ***Health Psychology,*** 18 (4), 315-320.

67- Evans, R.L., (1995). Support eases cancers mental pain. ***Science News,*** 148(5), 79-82.

68- Everly, G.S., (1989). ***A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response.*** New York: Plenum Press.

69- Falke, R.L.; Taylor, S.E.; Shoptaw, S.J.& Lichtman, R.R., (1986). Social Support, Support Groups, and the Cancer Patient. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 54(5), 608-615.

70- Faller, H. & Boobruch, H., (2002). Coping and Survival in Lung Cancer: A 10 – Year Follow – Up. ***American Journal Psychiatry***, 159(12), 2105-2106.

71Falloon, I.; Laporta, M.; Fadden, G. & Graham-Hole, V. (1993). ***Managing Stress in Families: Cognitive and Behavioral Strategies for Enhancing Coping Skills.*** London: Routledge.

72- Felton, B.J. & Revenson, T.A., (1984). Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 52(3), 343-353.

73- Felton, B.J. & Revenson, T.A., (1987). Age Differences in Coping with Chronic Illness. ***Psychology and Aging***, 2(2), 164-170.

74- Fible, B., & Hale, W.D., (1978). A Generalized expectancy for success Scale: A new measure. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,*** 46,924-931.

75- Fine, R., (1990). ***The history of psychoanalysis.*** New York: Reuben fine.

76- Florian, V., & Kravetz, S., (1983). Fear of Personal Death: Attribution, Structure, and Relation to Religious Belief. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 44(3), 600-607.

77- Florian, V., Mikulincer, M., (1998). Symbolic Immortality and Management of the Terror of Death: The Moderating Role of Attachment Style. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 74(3), 725-734.

78- Florian.V. & Mikulincer, M., (1997). Fear of Death and the Judgment of Social Transgressions: A Multidimensional Test of Terror Management Theory. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 73(2), 369-380.

79- Folkman, S. & Lazarus, R.S., (1988). Coping as a Mediator of Emotion. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 54(3), 466-475.

80- Folkman, S., (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 46(4), 839-852.

81- Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Pimley, S. & Novacek. J., (1987). Age Differences in Stress and Coping Processes. ***Psychology and Aging***, 2(2), 171-184.

82- Frederick, D., & Cerami, T., (2000). Cancers Common in Men. In: Elisler, R.M. & Hersen, M., (eds.) ***Handbook of Gender, Culture, and Health.*** London: Lawrence Erlbaum Associater.

83- Freud, A., (1942). ***The Ego and The Mechanisms of Defenses.*** London: Lowe and Brydone Printers Limited.

84- Freud, S., (1947). ***The Ego and The Id***. London: The Hogarth press.

85- Fry, P.S., (1990). A factor analytic investigation of home – bound elderly individuals concerns about death and dying and their coping response. ***Journal of Clinical Psychology***, 46,737-748.

86- Frydenberg, E., (1999). ***Learning to cope Developing as a person in complex societies.*** Oxford: Oxford University Press.

87- Galbraith, M.E., (1995). What Kind of Social Support do cancer patients get from nurses?. ***Cancer Nursing***, 18(5), 362-367.

88- Ghallab, A., (1995). ***Introduction to Functional and Clinical Histology.*** Egypt: El- Meleagy Press.

89- Gotay, C.C., (1984). The Experience of Cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. ***Social Science and Medicine***, 18(7), 605-613.

90- Gotay, C.C.; Blaine, D.; Haynes, S.;Holup,J. & Pagano,I.S.,(2002). Assessment of Quality of Life in a Multicultural Cancer patient Population. ***Psychological Assessment***, 14(4), 439-450.

91- Gottesman, D., & Lewis, M.S., (1982). Differences in Crisis Reactions among Cancer and Surgery Patients. ***Journal of Consulting and clinical Psychology***, 50 (3), 381-388.

92- Greenberg, J.; Solomon, S.; Burling, J.; Lyon, D.; Simon, L.; Pinel, E.; Pyszczynski, T.; & Rosenblatt, A., (1992). Why Do People Need Self – Esteem? Converging Evidence that self – Esteem Serves an Anxiety – Buffering Function. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 63(6), 913-922.

93- Haan.N. (1977). ***Coping and defending processes of Self – Environment Organization.*** New York: Academic Press.

94- Hagedoorn, M.; Kuijer, P.G.; Sanderman, R. & Wobbes, T., (2000). Martial Satisfaction in Patients with Cancer: Does Support from Intimate Partners Benefit Those Who Need It The Most?. ***Health Psychology***, 19(3), 274-282.

95- Halford, W.K.; Scott, J.L.& Smythe, J., (2000). Couples and Coping With Cancer: Helping Each other Through The Night. In: Schmaling, K.B. & Sher, T.G.,(eds.) ***The Psychology of Couples and Illness***. Washington: American Psychological Association, chapter5, 135-170.

96- Hall. S.C.; Lindzey, G. & Campbell, B.J., (1988). ***Theories of personality.*** NewYork: John Wiley & Sons.
97- Halstead. M.T.& Fernsler , J.I., (1994). Coping Strategies of long – term Cancer Survivors. ***Cancer Nursing***, 17(2), 94-100.
98- Hamilton, S. & Fagot, B.I., (1988). Chronic Stress and Coping Styles: A Comparison of Male and Female Undergraduates. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 55(5), 819-823.
99- Hampton. M.R. & Frombach, I, (2000). Women's Experience of Traumatic Stress in Cancer Treatment. ***Health Care For Women International***, 21(1), 67-77.
100- Hanson, P.G., (1986). ***The Joy of Stress.*** New York: A Universal Press Syndicate Company.
101- Hardt, J.; Filipas, D.; Hohenfellner, R. & Egle, U.T., (2000). Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: First result of a prospective study. ***International Journal of Quality of life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation,*** 9(1), 1-12.
102- Harmon -Jones, E.; Simon, L.; Solomon, S.; Pyszczynski , T. & McGregor, H., (1997). Terror Management Theory and Self – Esteem: Evidence That Increased Self –Esteem Reduces Mortality Salience Effects. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 72(1) 24-36.
103- Hart, S.L., (1998). Radical cystectomy for bladder cancer: Functional limitations, appraisal, and emotional distress.***The Science & Engineering,*** 58(11-B), 214-223.
104- Hays, R.D., & Stewart, A.L., (1990). The Structure of Self – Reported Health in Chronic Disease Patients. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 2 (1), 22-30.
105- Helgeson, V.S., & Cohen, S., (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. ***Health Psychology,*** 15 (2), 135-148.
106- Heller, K.; Swindle, R.W., & Dusenbury, L., (1986). Component Social Support Processes: Comments and Integration. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 54 (4), 466-470.
107- Heppner, P.P.; Cook, S.W.; Strozier, A.L& Heppner, M.J., (1991). An Investigation of Coping Styles and Gender Differences with Farmers in Career Transitions. ***Journal of Consulting Psychology***, 38(2), 167-174.
108- Herr.H.; Shipley, W., & Bajorin, D., (2001). Cancer of The Bladder. In: Devita, V.; Hellman, S. & Rosenberg, S. (eds.) ***Cancer: Principles & Practice of Oncology***.New York: Lippincott Williams & Wilkns.chapter3, 1396-1415.
109- Herzog,A.R.; Fultz, N.H.; Brock, B.M.; Brown. M.B.& Diokno, A.C.,(1988). Urinary Incontinence and Psychological Distress among older adults. ***Psychology and Aging***, 3(2), 115-121.
110- Heszen-Niejodek, I. & Pedagogiki, W., (1997). Coping Style and Its Role in Coping With Stressful Encounters. ***European Psychologist***, 2(4), 342-351.
111- Hiroto, D., & Seligman, M., (1975). Generality of Learned Helplessness in Man. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 31(2), 311-327.
112- Ho, S.M., & Shiu, W.C., (1995). Death anxiety and Coping mechanism of Chines Cancer Patients. ***Omega – Journal of Death & Dying***, 31(1), 59-65.

113- Hobofoll. S.E., (1998). ***Stress, Culture and Community the psychology and philosophy of stress.*** New York: plenum press.
114- Hoff, L.A., (1995). ***People in Crisis Understanding and Helping.*** San Francisco: Jossy – Bass Publishers.
115- Holahan, C.J.; Moos, R.H.& Schaeffer, J.A., (1996). Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. In: Zeidner, M. & Endler, N.S. (eds.) ***Handbook of Coping: Theory, Research, Applications,*** New York: John Wiley & Sons, chapter 2.24-43.
116- Holahan. C.J.; Moos. R.H.: Holahan. C.K., & Brennan. P., (1998). Social support, Coping, and depressive symptoms in a late – middle –aged sample of patients reporting cardiac illness. ***Health Psychology***, 14 (2), 152-163.
117- Holland,K. & Holahan, C.K.,(2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. ***Psychology & Health***, 18(1), 15-30.
118- Huerny, C.: Piasesky, E.; Bagin, R. & Holland, J.C. (1987). High Social desirability in patients being treated for advanced colorectal or bladder cancer: Eventual impact on the assessment of quality of life. ***Journal of Psychosocial Oncology***, 5(1), 19-29.
119- Irvan, D., (1980). ***Existential Psychotherapy.*** New York: Library of congress cataloging –in-publication Data.
120- Ismail, M.K., (1971). ***Olinicopathological Study of Adenocaroinoma of the Bilharzial Urinary Bladder.*** PHD (not punished), National Cancer Institute, Cairo University.
121- Ismail, N., (1995). **Role of Tumour Markers in Diagnosis and Prognosis of Cancer Bladder.** PHD (not punished), National Cancer Institute, Cairo University.
122- Jacobsen, P.B.; Sadler, I.J.; Booth-Jones, M.; Elizabeth, S.; Weitzner, M.A.& Fields, K.K., (2002). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. ***Journal of Consulting and clinical Psychology***, 70(1), 235-240.
123- Jeffery, B.; Patrick, H. & Lawrence .J., (1999). Prostate Cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, Optimism, and appraisal. ***Journal of Psychological Oncology***, 17(1), 71-85.
124- Jenkins. R.A. & Pargament, K.L., (1988). Cognitive Appraisals in Cancer Patients. ***Social Science and Medical***, 26(2), 625-633.
125- Johnson. J.E. & Lauver, D.R., (1989). Process of Coping With Radiation Therapy. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 57(3), 358-364.
126- Johnson. J.E.& Johnson, J.E., (1996). Coping with Radiation Therapy: Optimism and the Effect of Preparatory interventions. ***Nursing & Health***, 19(1), 3-12.
127- Joyce, M., (1998). Effect of Perceived Social Support on adjustment of Patients Suffering from nasopharyngeal carcinoma. ***Health & social work***, 23(3), 167-1175.
128- Kandil. F.S., (1998). ***Quality of Life among Cancer Bladder Patient with Different Urinary Diversions.*** M.D. (not published), High Institute of Nursing, Cairo University.

129- Kaniasty, K. & Norris, F.H., (1993). A Test of the Social Support Deterioration Model in the Context of Natural Disaster. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 64(3), 395-408.
130- Kaplan, R.M., Patterson, T.L., & Sallis, J.F., (1993). ***Health and human Behavior***. New York: McGraw-Hill, Inc.
131- Kapline, R., & Saccuzzo, D., (2001). ***Psychological Testing: Principles & Applications & and Issues***. Australia: Wadsworth Thomson Learning.
132- Kazdin, A.E., (2000). ***Encyclopedia of psychology***. Oxford:Oxford University press, 2, 300-304.
133- Khalifa, A.; El-Ghamrawy, K.; El- Serafi, M., & Khalid, H., (2001). Bladder Cancer in Egypt: Current Status Epidemiology, Biology And Management. ***Egyptian Cancer Society***, 5,1-20.
134- Kline, P., (1993). ***The Handbook of Psychological Testing***. New York: Library of congress cataloging in publication data.
135- Komproe, I.H., (1997). Available support and received support: Different affect under stressful circumstances. ***Social And Personal Relationships***, 14 (1), 59-77.
136- Koocher, G.P., (1986). Coping With a Death From Cancer. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 54 (5), 623-631.
137- Kothari, S., & Agrawal, M., (1998). Study of anxieties among patients undergoing major surgery. ***Journal of Personality & Clinical Studies***, 14(1-2), 81-88.
138- Kyngas, H.; Mikkonen, R.; Nousiainen, E.; Rytilahti, M.; Seppanen, P.; Vaattovaara, R. & Jamsa, T., (2001). "Coping With the Onset of Cancer: Coping Strategies and Resources of young people with Cancer". ***European Journal of Cancer Care***, 10(1), 6-12.
139- Lansky, C.B., (1979). Childhood Cancer; Non – medical Coast of the Illness. ***Cancer***, 43(1), 403-410.
140- Lauver, D. & Tak, Y., (1995). Optimism and Coping with A Breast Cancer Symptom. ***Nursing Research***, 44(4), 202-204.
141- Lazarus, R.S., (1966). ***Psychological stress and the coping process***. New York: McGraw – Hill.
142- Leake, R.; Friend, R. & Wadhwa, N., (1999). Improving Adjustment to Chronic Illness Through strategic Self- Presentation: An Experimental Study on a Renal Dialysis Unit. ***Health Psychology***, 18 (1), 54-62.
143- Lederderg, M.; Holland, J. & Massie, M. (1995). Psychologic Aspects of Patients with Cancer. In: Peckham, M. & Pinendo, H., (eds.) ***Oxford Textbook of Oncology***, vol.1, Oxford: Oxford University Press.
144- Lennon, M.C.; Dohrenwend, B.P.; Zautra, A.J.& Marbach, J.J., (1990). Coping and Adaptation to Facial Pain in Contrast to Other Stressful Life Events. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 59(5), 1040-1050.
145- Lerman, C.; Rimer, B.; Blimberg, B.; Cristinizo, S.; Engstrom, P.F.; MacElwee, N.; Oconnor, K. & Seay, J., (1990). Effects of Coping Style and Relaxation on Cancer Chemotherapy side effects and emotional response. ***Cancer Nursing***, 13(5), 308-315.
146- Levis, D., (1976). Learned Helplessness: A Reply and an Alternative S- R Interpretation. ***Journal of Experimental Psychology: General***, 105(1), 47-65.
147- Levitt, E.E., (1980). ***The Psychology of Anxiety***. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

148- Lima, J. & Cohen, M.A., (1991). Treatment decisions in end – stage bladder cancer: Bilingual liaison rounds. ***General Hospital Psychiatry***, 13(3), 209-212.
149- Lindley - Davis, B., (1991). Process of Dying: Defining Characteristics. ***Cancer Nursing***, 14(6), 328-333.
150- Liu, L.; Mears, K.; Capurso, A.; Engerbertson, T. & Gilicksman, A.S., (1998). Impact of Radiation therapy on Quality life in patients with Cancer. ***Cancer Practice***, 6(4), 237-243.
151- Livneh, H., (2000). Psychosocial Adaptation to Cancer: The Role of Coping Strategies. ***Journal of Rehabilitation***, 66(2), 40-50.
152- Long, B.C., (1990). Relation Between Coping strategies, sex – typed Traits, and Environmental characteristics: A Comparison of Male and Female Managers. ***Journal of counseling psychology***, 37(2), 185 – 194.
153- Lorraine, C.; Bob, H.; Michelle, S. & Susan, M.J., (2000). How Woman receiving adjuvant chemotherapy for Breast Cancer cope with their Treatment: A risk management perspective. ***Journal of advanced Nursing***, 31(2), 314-321.
154- Lugton, J., (1997). The Nature of Social Support as Experienced by woman treated for Breast Cancer. ***Journal of Advanced Nursing***, 25(6), 1184-1192.
155- Macleod, A.; Williams, M. & Bekerian, D., (1991). Worry Is Reasonable: The Role of Explanations in Pessimism about Future Personal Events. ***Journal of Abnormal Psychology***, 100(4), 478-486.
156- Maes, S.; Leventhal, H. & Ridder, D., (1996). Coping with Chronic Diseases. In: Zeidner, M. & Endler, N.S., (eds.)***Handbook of Coping: Theory, Research, Applications***, New York: John Wiley & Sons, chapter 11,221-251.
157- Magnussonk, K.; Moller, A.; Ekman, T. & Wallgern, A., (1999). A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. ***European Journal of cancer care***, 8,224-232.
158- Maier, S. & Seligman, M., (1976). Learned Helplessness: Theory and Evidence. ***Journal of Experimental Psychology: General***, 105(1), 3- 46.
159- Manne, S., & Glassman, M., (2000). Perceived Control, Coping Efficacy, and Avoidance Coping as Mediators Between Spouses, Unsupportive Behaviors and Cancer Patients Psychological Distress. ***Health Psychology***, 19 (2), 155-164.
160- Manne, S.L.; Sabbioni, M.; Bovbjerg, D.H.; Jacobsen, P.B.; Taylor, K.L.& Redd, H., (1994). Coping With Chemotherapy for Breast Cancer. ***Journal of Behavioral Medicine***, 17(1), 41-49.
161- Marble, M., (1999). Social Support Impacts QOL in Breast Cancer Patients. ***Cancer Weekly Plus***, July 7-9.
162- Marks, I.M., (1978). ***Living with Fear: understanding and coping with Anxiety***. New York: Mccrow Hill Book Company.
163- Marshall, G.N.; Wortman, C.B.; Kusulas, J.w.; Hervig, L.K., & Vichers, R.R, (1992). Distinguishing Optimism from Pessimism: Relation to fundamental dimensions of mood and personality. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 62, 1067-1074.
164- Martelli, M.F.; Auerbach, S.M.; Alexander, J. & Mercuri, L.G. (1987). Stress management in the health care setting: Matching interventions with

patient coping style. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 55,201-207.

165- Martin, R.; Davis, G.M.; Baron, R.S.; Blanchard, E.B., (1994). Specificity in Social Support: perceptions of helpful and unhelpful provider behaviors among irritable bowel syndrome, headache, and cancer patients. ***Health Psychology***. 13(5), 432-439.

166- McCubbin, H.I.; Patterson.J.M. & Grochowski, J.R., (1991). Family Assessment Inventories for Research and Practice. In: Fischer, J., & Corcoran, K., (eds.) ***Measures for Clinical Practice: A Source Book***, New York: The Free Press, A Division of Macmillan, Inc, 700-702.

167- McGrath, P., (1999). Posttraumatic stress and the Experience of cancer: a literature Review. ***Journal of Rehabilitation***, 65(3), 17-24.

168- Merluzzi, T.V., & Sanchez, A.M., (1997). Assessment of Self – Efficacy and Coping with Cancer: Development and Validation of the Cancer Behavior Inventory. ***Health Psychology***, 16 (2), 163-170.

169- Mischel, W., (1999). ***Introduction to personality***, Texas: Harcourt Brace College Publishers.

170- Mohmed, N.H., (1998). ***Identification of Stressors and Coping Strategies among Patients with Bladder Cancer***. M.D. (not punished), High Institute of Nursing, Cairo University.

171- Molem, V., (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. ***European Journal of Cancer Care***,8(4),1-14.

172- Moos, R.H., (1990). ***Coping Response Inventory – Youth Form Preliminary Manual***. California: Stanford university Center.

173- Moos, R.H., (1992). Understanding Individuals Life Contexts: Implications for stress Reduction and Prevention. In: Kessler, M.; Goldston, S.E. & Joffe, J.M., (eds.) ***The Present and Future of Prevention***. Newbury Park, CA: Sage, chapter 12,196-213.

174- Moyer, A. & Salovey, P., (1999). Predictors of Social Support and Psychological Distress in Woman With Breast Cancer. ***Journal of Health Psychology***, 4(2), 177-191.

175- Nagayama, K.; Akinori, A. & Shigeru, S., (1994). Informed consent from psychotic patients with cancer regarding surgical operation. ***Clinical Psychiatry***, 36(6), 625-632.

176- National Cancer Institute, (1994). ***Helping Yourself During Chemotherapy: 4 Steps for Patients***. 1-11.

177- National Cancer Institute, (1995). ***When Someone In Your Family Has Cancer***. 5-27.

178- National Cancer Institute, (1998). ***Understanding Breast Cancer Treatment: A Guide for Patients***.1-69.

179- Nc Netl, S.C., (1987). Social Support, Threat, and Coping Responses and effectiveness in the Functionally Disabled. ***Nursing Research***, 36(2), 98-103.

180- Norem, J.K. & Illingworth, S.S., (1993). Strategy – Dependent Effects of Reflecting on Self and Tasks: Some Implications of Optimism and Defensive Pessimism. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 65(4), 822-835.

181- Norris, F.H. & Kaniasty, K., (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration

Deterrence Model. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 71(3), 498-511.
182- Orbach, I.; Feshbach, S.; Carlson, G.; & Ellenberg, L., (1984). Attitudes Towards Life and Death in Suicidal, Normal, and Chronically Ill Children: An Extended Replication. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 52(6), 1020-1027.
183- Orbach, I.; Kedem, P.; Gorchover, O.; Apter, A.; &Tyano, S., (1993). Fears of Death in Suicidal and Non Suicidal Adolescents. ***Journal of Abnormal Psychology***, 102(4), 553-558.
184- Palmer, S. & Dryden, w., (1996). ***Stress management and Counseling Theory, Practice, Research and Methodology***. Britain: Redwood Books Limited.
185- Pargament, K.I. ; Ensing, D.S.; Falgout, K.; Olsen, H.; Reilly, B.; Haitsma, K.V. & Warren, R., (1990). God Help Me: (1): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events. ***American Journal of Community Psychology***, 18(6), 793-824.
186- Pargament, K.I., (1997). ***The psychology of Religion and coping***. New York: The Guilford Press.
187- Park, C.L.& Folkman, S., (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. ***Review of General Psychology***, 1(2), 115-144.
188- Parker, J.D. & Ender, N.S., (1996). Coping and Defense: A Historical Overview. In: Zeidner, M. & Endler, N.S., (eds.) ***Handbook of Coping: Theory, Research, Applications***, New York: John Wiley & Sons, chapter 1,3-23.
189- Peleg-Oren, N. & Sherer, M., (2001). Cancer Patients and Their Spouses: Gender and Its effect on Psychological and Social adjustment. ***Journal of Health Psychology***, 6(3), 329-338.
190- Pennix, B.W.H.; Tilburg, T. V.; Boeke, A.; Deeg, D.; Kriegsman, D. & VanEijk, J. (1998). Effect of social support and personal coping resources on Depression symptoms Different for various chronic Diseases?. ***Health Psychology***, 17(6), 551-558.
191- Peterson, C., (2000). The Future of Optimism. ***American Psychologist***, 55(1), 44-55.
192- Peterson, C.; Maier, S.F., & Seligman, M.E.P., (1993). ***LEARNED HELPLESSNESS: A Theory for the Age of Personal Control***. Oxford: Oxford University Press.
193- Peterson, C.; Seligman, M., & Vaillant, G., (1988). Pessimistic Explanatory Style Is A Risk Factor for Physical Illness: A thirty-five – Year Longitudinal Study. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 55(1), 23-27.
194- Pickett, M., (1991). Determinants of anticipatory nausea and anticipatory vomiting in adult receiving cancer chemotherapy. ***Cancer Nursing***, 14(6), 334-343.
195- Pierce, G.R.; Sarason, B.R.; Sarason, I.G.; Joseph, H.J.& Henderson, C.A., (1996). Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. In: Pierce, G.R.; Sarason, B.R. & Sarason, I.G., (eds.) ***Handbook of Social Support and the family***. New York: Plenum Press.
196- Pierce, G.R.; Sarason, I.G.& Sarason, B.R., (1996). Coping and Social Support. In: Zeidner, M. & Endler, N.S, (eds.) ***Handbook of Coping:***

Theory, Research, Applications, New York: John Wiley & Sons. chapter 19,434-451.
197- Procidano, M.E.& Heller, K., (1983). measures of perceived social support from friends and family: three validation studies. ***American Journal of community psychology***, 11,1-24.
198- Ptacek, J.T., (1996). The Role of Attachment in Perceived support and The Stress and Coping Process. In: Pierce, G.R.; Sarason, B.R. & Sarason, I.G., (eds.) ***Handbook of Social Support and The Family***, New York: Plenum Press, Chapter20, 495-517.
199- Ptacek, J.T.; Smith, R.E. & Zanas, J., (1996). Gender, Appraisal, and Coping: A Longitudinal Analysis. ***Journal of Personality***, 64(4), 747-769.
200- Pyszcznski, T.; Solomon, S. & Greenberg, J. (1999). Theoretical Note: A Dual – Process Model of Defense Against Conscious and Unconscious Death – Related Thoughts: An Extension of Terror Management Theory. ***Psychological Review***, 106(4), 835-845.
201- Quinless, F.W., & Nelson, M., A., (1998). Development of a Measure of Learned Helplessness. ***Nursing Research***, 37(1), 11-15.
202- Quittner, A.L.; Glueckauf, R.L.& Jackson, D.N., (1990). Chronic Parenting Stress: Moderating Versus Mediating Effects of Social Support. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 59(6), 1266-1278.
203- Radi, S.M., (1996). ***Self Esteem among patients with Urinary Bladder Cancer Undergoing Different Surgical Approaches***. M.D., (not published), High Institute of Nursing, Cairo University.
204- Raikkonen, K.; Matthews, K.A.; Flory, J.D.; Owens, J.F.; & Gump, B.B., (1999). Effects of Optimism, Pessimism, and Trait Anxiety on Ambulatory Blood Pressure and Mood during Everyday Life. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 76(1), 104-113.
205- Rathus, S.A., (1990). ***PSYCHOLOGY***. San Francisco: Holt, Rinchart and Winston.
206- Redd, W.H., (1995). Behavioral Research in Cancer as a Model for Health Psychology. ***Health Psychology***, 14(2), 99-100.
207- Rheingold, J.C., (1976). ***The Mather, Anxiety, and Death: The Catastrophic Death Complex***. Boston: Little, Brown and company.
208- Roberts, C.S. & Cox, C.E.,(1994) . A Closer look at Social Support as A Moderator of Stress in Breast Cancer. ***Health & social work***, 19(3), 157-165.
209- Robinson - Whelen, S.; Kim, C.; MacCallum, R. & Kiecolt –Glaser, J., (1997). Distinguishing Optimism From Pessimism in Older Adults: Is It More Important to Be Optimistic or Not to Be Pessimistic?. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 73(6), 1345-1353.
210- Roos,I.A.,(2003). Reacting to the diagnosis of Prostate Cancer: patient Learning in a community of practice. ***Patient Education & Counseling***, 49(3), 219-225.
211- Rose, J.H. (1990). Social Support and Cancer: Adult Patients Desire For Support From Family, Friends and Health Professionals. ***American Journal of Community Psychology***, 18(3), 439-450.
212- Rubben, H.; Lutzeyer, W., & Wallace, D., (1985). The Epidemiology and etiology of Bladder Cancer. In: Zingg, E.J.& Wallace, D.M.,(eds.) ***Bladder Cancer***, Britain: Springer – Verlag Berlin Heidelberg, chapter 1,1-25.

213- Sandra, W. & Maryclaire, L., (1999). After breast cancer surgery, Woman most fear death, pain, and bills. ***Woman's Health Weekly***, May, 4-6.
214- Sappenfield, B.R., (1956). ***Personality Dynamics An Integrative Psychology of Adjustment.*** NewYork: Alfred A. Knopf.
215- Sarafino, E.P., (1998). ***Heath psychology: BiopsycholoSocial interactions.*** New York: John Wiley & Sons.
216- Sarason, I.G., Levine, H.M.; Basham, R.B.& Sarason, B.R., (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 44(1), 127-139.
217- Scheier, M.F., & Carver, C.S., (1985). Optimism, Coping, and health assessment and implications of outcome expectancies. ***Health Psychology***, 4,219-247.
218- Schulz, R.; Williamson; G.M.; Knapp, J.E. & Bookwala, J., (1995). The Psychological, Social, and economic impact of illness among patients with recurrent cancer. ***Journal of Psychosocial Oncology***, 13(3), 21- 45.
219- Schuz, R.; Bookwala, J.; Knapp, J.E.; Scheier, M. & Williamson, G, M., (1996). Pessimism, Age, and Cancer Mortality. ***Psychology and Aging***, 11(2), 304-309.
220- Schwartz, C.E., (1999). Teaching Coping Skills Enhances Quality of Life More Than Peer Support: Results of a Randomized Trial With Multiple Sclerosis Patients. ***Health Psychology***, 18 (3), 211-220.
221- Seligaman, M.P.& Weiss, J. (1980). Coping Behavior: Learned Helplessness, Physiological Change and Learned Inactivity. ***Behavior Research & Therapy***, 18,459-512.
222- Seligman, M. E., (1975). ***HELPLESSNESS: on Depression, Development, And Death.*** San Francisco: W. H. Freeman and company.
223- Seligman, M.E.P.; Klein, D.C. & Miller, W.R. (1976). **Depression.** In: Leitenberg, H. (eds.) ***Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy***. New Jersey: Prentice – Hall, 168-170.
224- Selye, H., (1980). The Stress Concept Today. In: Kutash, I., (eds.) ***Handbook of Stress and Anxiety***, California: Jossey – bass publishers, chapter 7, 127-143.
225- Sherman, A.C.& Simonton, S., (2001). Coping with Cancer in the Family. ***Family Journal***, 9(2), 193-201.
226- Showers, C., & Rubin, C., (1990). Distinguishing Defensive Pessimism from Depression: Negative Expectations and Positive Coping Mechanisms. ***Cognitive Therapy and Research***, 14,385-399.
227- Showers, C., (1992). The Motivational and Emotional Consequences of Considering positive or negative possibilities for an upcoming event. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 63(5), 474-484.
228- Sinha, S.P.& Nigan, M., (1993). Stress and Death Anxiety. ***Indian Journal of Clinical Psychology***, 20(2), 78-81.
229- Skevington, S.M., (1995). ***Psychology of pain.*** New York: John Wiley & Sons.
230- Skinner, E.A.; Edge, K.; Altman, J. & Sherwood, H., (2003). Searching for the structure of coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying ways of coping. ***Psychological Bulletin***, 129(2), 216-269.
231- Sleptoe A. & wardle, J., (1994). ***Psychosocial processes and Health: A Reader***. Cambridge: Press Syndicate of the University Cambridge.

232- Smith, K. & Yarandi, H.N., (1996). Factor analysis of the Ways of Coping Questionnaire for African American women. ***Nursing Research***, 45(1), 25-29.

233- Smith, M.; Wethington, E. & Zhan, G., (1996). Self – Concept Clarity and Preferred Coping Styles. ***Journal of Personality***, 64(2), 407-434.

234- Smith, T.W.; Ruiz, J.M., &Uchino, B.N., (2000). Vigilance, Active Coping, and Cardiovascular Reactivity during Social Interaction in Young Men. ***Health Psychology***, 19 (4), 382-392.

235- Snyder, C.R.& Dinoff, B.L., (1999). Coping: Where Have You Been?. In: Snyder, C.R.,(eds.) ***Coping: The psychology of what works***. New Yark: Oxford university press.

236- Stanton, A.L. ; Sharon, D. ; Christine, C.L. ; Michelle, B. ; Charlotte, C. ; Sarah, K.B. ; Lisa, S.A. & Robert, T. (2000) . Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 68(5), 875-882.

237- Stanton, A.L.; Burg, S.D.; Cameron, C.L.& Ellis, A.P., (1994). Coping Through Emotional Approach: Problems of Conceptualization and Confounding. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 66(2), 350-362.

238- Suls, J. & David, J.P., (1996). Coping and Personality: Third time's the Charm?. ***Journal of Personality***, 64(4), 993-1005.

239- Suls, J.; David, J.P.& Harvey, J.H., (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. ***Journal of Personality***, 64(4), 711-735.

240- Suls,J.,(1982). Social Support , Interpersonal Relations , and Health: Benefits and Liabilities. In: Sanders, G.S. & Suls, J., (eds.) ***Social Psychology of health and Illness***. London: Lawrence Erlbaum Associates, chapter9, 255-277.

241- Symister, P. & Friend, R., (2003). The Influence of Social Support on Optimism and Depression in Chronic Illness: A Prospective Study Evaluating Self – Esteem as a Mediator. ***Health Psychology***, 22(2), 123-129.

242- Taylor, S.; Falke, R.; Shoptaw, S., & Licchtman, R., (1986). Social Support, Support Groups, and the Cancer Patient. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 54 (5), 608-615.

243- Taylor, S.E., & Aspinwall, L.G., (1993). Coping with Chronic Illness. In: Goldberger, L.& Breznitz, S. (eds.) ***Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects***, New York: The Free Press, chapter 28,510-531.

244- Taylor, S.E., (1995). ***Health psychology***. New York: McGraw – Hill, Inc.

245- Tebbi, C.K.; Stern, M.; Boyle, M. & Mettlin, C.J., (1985). The Role of Social Support Systems in Adolescent Cancer Amputees. ***Cancer***, 56,965-971.

246- Telch, C.F.& Telch, M.J., (1986). Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy For Cancer Patients: A Comparison. **Journal *of Consulting and Clinical Psychology***, 54(6), 802-808.

247- Templer, D.I, (1990). The measurement of death depression. ***Journal of Clinical Psychology***, 46,834-839.

248- Terry, D.J., (1994). Determinants of Coping: The Role of Stable and Situational factors. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 66(5), 895-910.

249- Thoits, P., (1986). Social Support as Coping assistance. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 54(4), 416-423.
250- Thoits, P.A., (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social support as a Buffer Against Life Stress. ***Journal of Health and Social Behavior***, 23(June), 145-159.
251- Thoits, P.A., (1983). Dimensions of Life Events That Influence Psychological Distress: An Evaluation and synthesis of the Literature. In: Kaplan, H.B.,(eds.) ***psychosocial Stress Trends in Theory and Research***, Texas: Academic Press, chapter2, 33-87.
252- Tix, A.P.& Frazier, P.A., (1998). The use of Religious Coping During Stressful Life Events Main Effects, Moderation, and Mediation. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 66(2), 411-422.
253- Trichopoulos, D.; Petridou, E.; Lipworth, L.& Adami, H., (1997). Epidemiology of Cancer. In: Vincent, T.; Hellman, S. & Rosenberg, S., (eds.) ***Cancer: Principles & Practice of Oncology***. Philadelphia: Lippinincott – Raven Publishers, chapter12, 231-243.
254- Turner, J.; Frankel, B.G, & Levin, D.M., (1983). Social Support: Conceptualization, Measurement, and Implication for Mental Health. ***Community and Mental Health***, 3, 67-111.
255- Vaillant, G.E., (1994). Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology. ***Journal of Abnormal Psychology***, 103(1), 44-50.
256- Valentiner, D.P.; Holahan, C.J.& Moos, R.H., (1994). Social Support, Appraisals of Event Controllability, and Coping: An Integrative Model. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 66(6), 1094-1102.
257- Vaux, A.; Riedel, S., & Stewart, D., (1987). Modes of social support: the social support Behaviors scale (SSB). ***American Journal of Community Psychiatry***, 15,pp209 – 237.
258- Viney, L.L.; Walker, B.M.; Robertson, T.; Lilley, B. & Ewan, C., (1994). Dying in Palliative Care Units and in Hospital: A Comparison of the Quality of Life of Terminal Cancer Patients. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 62(1), 157-164.
259- Viney, W., & King, D.B., (1993). ***A History of Psychology Ideas and Context***. London: Allyn and Bacon.
260- Walkey, F.H., (1982). The Multidimensional Fear of Death Scale: An Independent Analysis. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 50(3), 466-467.
261- Waston, M.; Blake, S. & Shrapnel, K., (1984). Reaction to a Diagnosis of Breast Cancer Relationship between Denial, Delay and Rates of Psychological Morbidity. ***Cancer***, 53,2008-2012.
262- Waston, M.; Haviland, J.S.; Greer, S.; Davidson, J. & Bliss, J. (1999). Influence of Psychological response on Survival in Breast cancer: a population – based cohort study. ***Lancet***, 354(9187), 1331-1337.
263- Watson, D.; David, J.P.& Suls, J., (1999). Personality, Affectivity, and Coping. In: Snyder, C.R.,(eds.) ***Coping: The psychology of what works***. NewYark: Oxford university press.
264- Webster, A., (2001). Insomnia Is A Big Problem for Cancer Patients. ***Woman's Health Weekly***, 14-15.
265- Weinert, C. & Tilden, V.P., (1990). Measures of Social Support: Assessment of Validity. ***Nursing Research***, 39(4), 212-217.

266- Weiten, W., (2000). ***Psychology themes and variation***. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
267- Williamson, G.M. (2000). Extending the Activity Restriction Model of Depressed Affect: Evidence from a Sample of Breast Cancer Patients. ***Health Psychology***, 19 (4), 339-347.
268- Wills, T.A., (1990). Multiple network and substance use. ***Journal of social and clinical psychology***, 9,78-90.
269- Winefield, H.R.; Winefield, A.H.& Tiggemann, M., (1992). social support and psychological well – being in young adult: the multidimensional support scale. ***Journal of Personality Assessment***, 58,198-210.
270- Wolman, B. B., (1973). ***Dictionary of Behavioral Science***. New York: Litton Educational Publishing.
271- Zemore, R. & Shepel, L.F., (1989). Effects of Breast Cancer and Mastectomy on Emotional Support and Adjustment. ***Social Science And Medicine***, 28(1), 19-27.
272- Zimet, G.D.; Dahlem, N.W.; Zimet, S.G.& Farley, G.K., (1988). The Multidimensional scale of perceived social support. ***Journal of Personality Assessment***, 52,30-41.

ثالثاً: مصادر من شبكة المعلومات:

1- Basic Facts, (2000). **Available in The World Wide Web**: Http://WWW: Cancer. Org. Home> Cancer Resources Center> Blabber cancer, pp.1-7.
2- Bladder Cancer – Overview, (2001). **Available in The World Wide Web**: Http://WWW: Cancer.Org. Home> Cancer Resources Center> Blabber cancer, pp.1-11.
3- Bladder Cancer, (2001). **Available in The World Wide Web:** Http://WWW: CancerNet. Nci.nih.gov, pp.1-8.
4- Coping Skills Inventory, (1996). **Available in The World Wide Web**: Http://WWW. Queendom .com/ tests/ career, pp.1-10.
5- Early or Low Stage Bladder Cancer – A Review, (2001). **Available in The World Wide Web**: Http://WWW: Cancer.Org, pp.1-9.
6- Types of Treatment, (2000). **Available in The World Wide Web**: Http://WWW: Cancer.Org. Home> Cancer Resources Center> Blabber cancer, pp.1-2.
7- What is It? , (2000). **Available in The World Wide Web**: Http: //WWW: Cancer.Org. Home> Cancer Resources Center> Blabber cancer, pp.1-11.
8- What you need to know about Bladder Cancer?.(2001). **Available in The World Wide Web**: Http://WWW: Cancer. Org. Home> Cancer Resources Center> Blabber cancer, pp.1-10.

فهرس الموضوعات

فهرس الأشكال والجداول

فهرس الأشكال

فهرس الجداول